

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935 - N° 21

Des Perforations Utérines

Travail de la Clinique Obstétricale de la Faculté d'Alger

Service du Professeur LAFFONT

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1935

PAR

Edouard LAFFONT

Né le 24 Décembre 1904

MEMBRES DU JURY

MM. LEBLANC, Doyen de la Faculté de Médecine	<i>Président</i>
CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique	} <i>Juges</i>
HOUEL, Agrégé d'Obstétrique	
FERRARI, Agrégé de Chirurgie	

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ D'ALGER

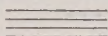
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935 - N° 21

Des Perforations Utérines

Travail de la Clinique Obstétricale de la Faculté d'Alger

Service du Professeur LAFFONT



THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 1935

PAR

Edouard LAFFONT

Né le 24 Décembre 1904



MEMBRES DU JURY

MM. LEBLANC, Doyen de la Faculté de Médecine	<i>Président</i>
CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique	} <i>Juges</i>
HOUEL, Agrégé d'Obstétrique	
FERRARI, Agrégé de Chirurgie	

IMPRIMERIE F. MICHAUD

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN MM. LEBLANC (*, I. *).
 DCYEN HONORAIRE HERAIL (*, I. *).
 ASSESSEUR PINOY (*, I. *).

PROFESSEURS

Clinique médicale
 Clinique Gynécologique.....
 Clinique chirurgicale
 Botanique et matière médicale.....
 Clinique médicale et hygiène infantile
 Médecine légale.....
 Clinique obstétricale et puériculture
 du 1er âge
 Anatomie
 Thérapeutique
 Clinique chirurgicale infantile et d'or-
 thopédie
 Chimie biologique et médicale.....
 Pharmacie
 Microbiologie et cryptogamie.....
 Pathologie générale et clinique psychi-
 atrique
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Clinique des maladies des pays chauds
 des maladies syphilitiques et cutanées
 Parasitologie et zoologie médicale ..
 Physiologie
 Histologie et Embryologie
 Chimie générale pharmaceutique et
 toxicologie
 Clinique ophtalmologique
 Hygiène, hydrologie et climatologie ..

AUBRY (O. *, *, I. *).
 CABANES (*, *, I. *).
 COSTANTINI (*, *, I. *).
 FOURMENT (A. *, O. *).
 GILLOT (I. *).
 GIRAUD (O. *, *, I. *).

LAFFONT (*, *, I. *).
 LEBLANC (*, *, I. *).
 LEBON (*, *, A. *).

LOMBARD (*, *, I. *).
 MAILLARD (*, *, I. *).
 MUSSO (I. *).
 PINOY (*, I. *).

POROT (I. *).
 PORTES (*, *, I. *).
 POUJOL (*, I. *).

RAYNAUD (*, *, I. *).
 SENEVET (*, I. *).
 TOURNADE (O. *, *, I. *).
 WEBER (*, *, I. *).

WUNSCHENDORFF (I. O).
 N...
 N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (*, *, A. *) agrégé (Histologie)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (*, *, I. O).

M. HERAIL (*, I, *).

CHARGES DE COURS

Clinique d'ortho-rhino laryngologie. ...

H. ABOULKER (*, *, A. *)

AGREGES

Médecine
 Histologie.....
 Chirurgie
 Accouchements
 Médecine
 Chirurgie
 Anatomie pathologique.....
 Anatomie
 Chimie médicale
 Histoire naturelle pharmaceutique.....
 Physiologie

MM. BENHAMOU(*, *, A. *).
 COURRIER (*, *, A. *).
 DUBOUCHER (I. *).
 FERRARI (I. *).
 HOUEL (*, *, A. *).
 LACROIX (A. *).
 MOGGI (*).
 MONTELLIER (I. *).
 RIBET (*, A. *).
 N...
 N...
 N...

AGREGE LIBRE

Physiologie M. BATTEZ

Nota — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



**A LA MEMOIRE BIEN AIMEE
DE MES GRANDS PARENTS MATERNELS**

**A LA MEMOIRE DE MON
GRAND PERE BIEN AIME J.L. LAFFONT**

Ses marques de tendresse et son
immense bonté illuminèrent mon
enfance. Sa vie entière restera pour
moi un exemple que je voudrais
suivre.

A MA GRAND'MERE ET A MON PARRAIN

Qui m'ont donné tant de preuves
de leur affection.

A MA MERE

En hommage de ma profonde ten-
dresse filiale.

A MON PERE

A qui je dois tout.
Tu m'as donné le sujet de cette
thèse, et guidé dans mes recherches
de tes précieux conseils : ce travail
est donc déjà le tien. Tu ne m'as ja-
mais ménagé les preuves constantes
de ta tendre affection. Ma plus
chère ambition sera de suivre ce
bel exemple d'attachement à la
science médicale et à la conscience
professionnelle que tu m'as donné.
Crois à ma reconnaissance infinie.

A MON FRERE JEAN

Très affectueusement.

A MA FEMME ET A MON FILS JEAN-PIERRE

En hommage d'affectueuse ten-
dresse.

A MES BEAUX-PARENTS

En toute affection.

A MA FAMILLE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur **LEBLANC**
Doyen de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vous avez été mon premier maître à la Faculté de Médecine et vous me faites le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

De cela je vous ai une respectueuse reconnaissance. Croyez bien que je m'efforcerai de me montrer digne de cette confiance que vous voulez bien me témoigner au seuil de ma carrière.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur E. CABANES

Professeur de Clinique Gynécologique

Vous m'avez toujours manifesté la plus grande bienveillance au cours de mes études tant à la Faculté qu'à l'Hôpital. Vous avez accepté de me juger aujourd'hui, je vous prie d'agréer l'hommage respectueux de ma vive gratitude.

Monsieur le Professeur agrégé HOUEL

Je n'oublierai jamais votre clair enseignement obstétrical qui a contribué pour une grande part à ma formation médicale. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance pour la sympathie que vous m'avez toujours témoignée.

Monsieur le Professeur agrégé FERRARI

C'est à vous que je dois mes premières notions de gynécologie et vos conseils précieux ont grandement contribué à l'élaboration de ce travail. Permettez moi de vous remercier aujourd'hui pour l'accueil bienveillant que vous m'avez toujours réservé et pour les manifestations de votre affectueux attachement à ma famille,

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX

Ma respectueuse gratitude s'adresse plus particulièrement aux maîtres auxquels je dois ma formation médicale. Il ne m'ont ménagé ni leurs conseils bienveillants ni leurs leçons si fertiles en enseignements :

MM. les Professeurs Raynaud — Costantini — Lombard
Lebon — Portes. — MM. les Professeurs agrégés
Houël — Ferrari — Benhamou — Montpellier.
MM. les Docteurs — Bernasconi — Bernard —
Faugère.

Je tiens à assurer M. le Professeur Courrier et M. le
Professeur Ribet de ma respectueuse reconnaissance pour leurs encouragements, leurs
conseils et leurs magistrales leçons.

M. le Professeur Brindeau, MM. les Professeurs agrégés Metzger, Lantuéjoul, MM. les Dr. Chomé,
Douay, Ménégaux.

MM. les Professeurs agrégés — Ferrari, Houël — MM.
les Dr. Vergoz, Jahier, Laïribère, Chapus —
ont bien voulu mettre à ma disposition leur
précieuse documentation. Je les prie de trouver
ici l'expression de mes sentiments reconnaissants et respectueux.

MM. les Dr. Lemaire — Dumolard — Granger — Le Moiglic — H. Mendy — Bonnet — Boutin m'ont
toujours témoigné leur affectueuse sympathie
Je les prie d'agréer mes sentiments d'entier dévouement.

Que M. le Professeur P. Fourment, M. le Docteur Marcel
Régnier chirurgien à Bel-Abbès soient assurés
de mon respectueux et amical attachement.

Que MM. les Dr. F. Lagrot, R. Raynaud, F-G. Marill
trouvent ici la part d'amicale reconnaissance
que je leur dois.

Au Docteur Laurent Chiapponi.

Tu as droit à ma fraternelle affection toi qui
as toujours été l'ami de tous les instants.

Au Dr. Marcel Bonafos

Je n'ai pas à te dire la part qui te revient dans ce travail. Tu m'as conseillé, guidé, encouragé. Ton activité incessante est pour moi un exemple que je m'efforcerai d'imiter.

A MM. les Dr. Louis Lataillade et Robert Vincent à qui une étroite amitié au cours de nos années passées en commun à la Faculté et à l'Hôpital m'a lié : je redis la fidélité de mes sentiments.

A MM. Les Docteurs :

René Bourgarel

Paul Castelli

Georges Deyme

Henri Ezes

Gaston Gros

Marc Imbert

André Djourno

Pierre Laffargue

Charles Lavallée

Raoul Malméjac

Henri Raynal

Léon Schebat

Claude Solacroup

Georges Théron

Qui m'ont donné des preuves de leur amitié.

Au Docteur :

Marthe SOGLER

En toute affection.

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE PROMOTION

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, les perforations utérines ont très vivement attiré l'attention des chirurgiens et des gynécologues.

Les discussions de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, celles de la SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, et de nombreuses communications ont mis ce sujet à l'ordre du jour.

Il nous a paru opportun, à l'occasion de notre travail inaugural, de contribuer à l'étude des diverses perforations et de leur traitement.

Les perforations sont dûes à des causes infiniment variées. Nous laisserons systématiquement de côté celles qui seront la conséquence d'un traumatisme qui, venant de l'extérieur, se propage de la séreuse péritonéale vers la muqueuse utérine. C'est ainsi que nous n'envisagerons pas les *perforations par balles, coups d'épée, coups de corne, coups de poignard*, accidents d'autant plus rares que l'utérus, à l'état de vacuité, se cache derrière la barrière symphysaire.

Nous ne les envisagerons pas davantage au cours de la gestation, bien que l'accident puisse se voir plus fréquemment, l'utérus ayant dépassé le niveau

de la symphyse et se trouvant, de ce fait, plus vulnérable et plus accessible aux traumatismes venant de l'extérieur.

De même enfin, n'entreront pas dans cet exposé, les ruptures du terme ou de l'accouchement, sauf dans les cas où elles pourront, à distance, résulter d'une lésion ou d'un traumatisme de la nature de ceux qui font l'objet de notre travail.

En somme, nous ne nous préoccupons ici que des perforations utérines qui, parties de *l'endomètre*, aboutiront à la *séreuse*, après avoir lésé plus ou moins gravement la *musculeuse*.

Notre étude comprendra plusieurs parties d'inégale importance.

Après un bref historique de la question et un rappel des perforations utérines exceptionnelles — que nous ne pouvions pas passer sous silence —, nous envisagerons successivement les perforations qui sont les conséquences de manœuvres abortives et de manœuvres thérapeutiques.

A l'occasion de chacun de ces exposés, nous étudierons l'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic clinique et le pronostic des traumatismes observés.

Nous exposerons également les différents traitements utilisés et leurs résultats. 26 observations inédites et 28 faits déjà publiés serviront à illustrer notre description d'ensemble complétée par une statistique portant sur 285 cas.

Nous terminerons par un aperçu rapide sur le pronostic éloigné de certaines perforations et sur l'avenir obstétrical des femmes ayant subi de tels traumatismes.

DÉFINITION

Telle que nous l'envisageons, la perforation utérine est une solution de continuité du muscle utérin pouvant être provoquée par des *processus pathologiques* (môles hydatiforme, chorio-épithéliome malin), par des *agents thérapeutiques* (radiumthérapie, curettage) ou des *manœuvres criminelles* (avortement provoqué) agissant toujours de l'intérieur de l'utérus vers l'extérieur et lésant successivement la *muqueuse*, la *musculaire* et la *séreuse*.

La perforation est dite complète lorsque la séreuse est également atteinte. Elle est dite incomplète si le muscle ou le péritoine n'a pas été touché par le traumatisme.

Historique

Depuis que RECAMIER a introduit le curettage parmi les opérations courantes, la question des perforations utérines et de leur traitement s'est imposée à la conscience des chirurgiens et des gynécologues qui ont eu à en observer.

En 1855, Ad. RICHARD rapporta l'observation suivante d'une perforation utérine qu'il vit faire par un de ses Maîtres qu'il assistait : « La curette fut introduite très facilement et avec une grande douceur, quand, tout à coup, au lieu de la résistance ordinaire d'une tige métallique emprisonnée dans la cavité, le chirurgien me dit : Mettez la main sur l'hypogastre. Je sentis à travers les téguments de l'abdomen très amincis chez cette femme à la suite de plusieurs couches, je sentis, dis-je, presque à nu le bec de la curette qui avait perforé le fond de l'utérus. La femme garda le repos ; elle éprouva quelques douleurs de reins, mais n'eut point de fièvre, ni de perte d'appétit, ni de sommeil, et, au bout de 48 heures, il n'y paraissait plus. Le chirurgien éminent que j'assistais dans cette circonstance, avait été déjà témoin de plusieurs accidents semblables et sans plus fâcheux résultat. »

Peu de temps après, ARAN écrivait : « J'ai encore présents à la mémoire, ces faits nombreux de perforations de la paroi utérine, dont quelques-uns suivis de mort, que RECAMIER communiquait il y a quelques années à l'Académie de Médecine au milieu d'une impression générale de douleur et de surprise. »

Ces deux opinions régnèrent, avec des raisons identiques d'être soutenues, jusqu'à l'époque, relativement récente, où la chirurgie, durant ces vingt dernières années, ayant fait les progrès admirables que l'on connaît, il n'était plus permis de demeurer sur des impressions de hasard et de cas mal étudiés et insuffisamment traités.

A la période où l'on subissait les événements au lieu de les surmonter, a fait suite la période plus nettement interventionniste qui permit de déceler les lésions et de parer parfois à des traumatismes graves de l'intestin, de la vessie ou des vaisseaux. Sans *la laparotomie*, ces lésions auraient emporté certainement les malheureuses qui en étaient atteintes.

Si les thèses de LENOIR en 1898, de REBREYEND en 1900, de RICHE en 1907 rapportent ainsi des séries d'observations non compliquées d'accidents, les travaux de MIGUEL en 1902, de MORLET en 1905 et ceux plus récents dont on aura plus loin les analyses, ont montré jusqu'à quel point pouvait être dangereuse, dans certains cas, une thérapeutique d'expectative ou d'hésitation.

On verra comment *l'abstention*, si elle peut être acceptée parfois, a dû céder le pas, d'abord à *la colpotomie* et à *l'hystérectomie vaginale*, puis, plus tard, à *la laparotomie exploratrice*, à *l'hystérectomie* et à *la suture*.

L'éclectisme, le sens clinique l'étude minutieuse des conditions dans lesquelles le traumatisme s'est effectué, la mise en observation dans un milieu chirurgical des femmes ainsi traumatisées et la

pratique de *l'expectative armée*, ont profondément modifié le pronostic des perforations utérines, quelle qu'en puisse être l'origine : accidentelle, thérapeutique, abortive, instrumentale, par liquide caustique ou tout autre agent vulnérant.

C'est cette question que nous essaierons de mettre au point dans l'exposé qui va suivre.

CHAPITRE PREMIER

PERFORATIONS UTÉRINES

RARES

Il existe un certain nombre de faits qui, bien qu'exceptionnels, méritent d'être mentionnés.

Les cas de perforations rares, peuvent être groupés en deux catégories, selon que les perforations sont *spontanées* ou *accidentelles*.

1° Perforations Spontanées

Les perforations spontanées de l'utérus sont plus particulièrement dûes à la *môle hydatiforme* et au *chorio-épithéliome malin*.

Les perforations signalées autrefois dans les cas de cancers ulcéreux ou térébrants de l'utérus et aboutissant à la péritonite septique ne font, en effet, plus partie à l'heure actuelle du cortège des complications du cancer, en raison des progrès des thérapeutiques employées.

A) Perforations de l'utérus par môle hydatiforme

On en a observé quelques cas exceptionnels.

On connaît l'activité avec laquelle se développent les vésicules môleaires. Elles se multiplient, s'insinuent dans la muqueuse, dissociant la musculuse et perforent le péritoine utérin. Quoique de plus en plus rare de nos jours, cette complication est bien connue des gynécologues et des obstétriciens.

Au fur et à mesure que la môle vésiculaire se développe, l'action cytolytique de son syncytium agit d'abord sur la caduque, pour gagner peu à peu la musculouse qu'elle dépasse même en certain point. WALDEYER et JAROTSKY, WOLKMANN, KRIEGER ont rapporté depuis longtemps des cas dans lesquels les vésicules avaient pénétré dans le tissu utérin lui-même, s'insinuant entre les couches musculaires et arrivant ainsi jusqu'à la face profonde du péritoine utérin qu'elles soulevaient.



Collection BRINDEAU

FIGURE I
Perforation par môle hydatiforme

Dans le cas de WILTON (1840), la paroi péritonéale avec laquelle les vésicules se trouvaient en contact était si amincie qu'elle se rompit; la malade succomba à une hémorragie abondante dans la cavité péritonéale.

Le développement de la môle hydatiforme peut donc aboutir à une *perforation*. Nous rappelons ici l'observation de MICHON et POUZET (1926) et celle de MARRIQ et UNG THONG (1931).

OBSERVATION I (MICHON et POUZET)

PERFORATION UTERINE DUE A UNE MOLE HYDATIFORME. HYSTERECTOMIE. DECES

Une femme de vingt ans ayant eu deux grossesses normales, fait une fausse couche dont les suites sont simples pendant dix mois. Puis survient une hémorragie avec *évacuation de vésicules de môle*. A partir de ce moment la malade eut des douleurs, des *hémorragies intermittentes* et évacua de temps à autre, des vésicules.

A l'entrée, en raison d'une hémorragie importante et le col étant entrouvert, un curage digital fut partiqué : il permit d'extraire une quantité considérable de vésicules. Le doigt ayant la sensation que l'utérus était perforé, et l'hémorragie continuant, une laparotomie fut faite immédiatement : *le ventre contenait du sang et des vésicules, l'utérus était perforé* au niveau du ligament large droit qui était infiltré de sang. Une *hystérectomie totale* fut pratiquée, ainsi qu'une transfusion sanguine. *Décès*. L'examen histologique n'a pas montré de malignité spéciale de la tumeur.

OBSERVATION II (MARRIQ et UNG THONG)

MOLE HYDATIFORME ET PERFORATION UTERINE HYSTERECTOMIE

Une femme de quarante cinq ans, ayant eu sept accouchements antérieurs normaux, entre à l'hôpi-

tal pour mauvais état général et tumeur abdominale et déclarant avoir une absence de règles pendant cinq mois suivie pendant deux autres mois de pertes sanguinolentes et de fortes douleurs vaginales.

La laparotomie montre un utérus blanc du volume d'une gestation de 7 mois avec une *perforation* supérieure à droite, de la dimension d'une pièce de 20 cents, *de laquelle sortent des vésicules môleaires*.

Le Douglas était rempli de sang noir, mais il n'y avait pas d'adhérences ; on pratiqua une hystérectomie assez difficile car les *parois utérines très minces se rompaient* en plusieurs points.

Les faits de ce genre, si rares soient-ils, méritaient cependant d'être rappelés ici.

Nous rapporterons également une observation inédite qui se superpose pour une part aux cas précédents. Si elle n'est pas exactement du même ordre, du moins, doit-elle contribuer une fois de plus à mettre en valeur *la friabilité et la minceur exceptionnelles du tissu utérin parasité et dissocié par une môle hydatiforme*.

OBSERVATION III (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur A. LAFFONT)

AVORTEMENT PROVOQUE POUR GROSSESSE MOLAIRE
DE FORME TOXIQUE MUSCULEUSE DISSOCIEE.

PERFORATION A LA SUITE D'APPLICATION DE
DEUX LAMINAIRES. HYSTERECTOMIE. DECES LE 15^e
JOUR PAR BRONCHO-PNEUMONIE

Il s'agit d'une femme de 35 ans, multipare qui, au début d'une grossesse présentait de fréquentes et abondantes hémorragies altérant notablement son état général. A cela, s'étant ajouté peu après de véritables signes d'intoxication, des vomissements, un abattement marqué, un faciès subictérique conditionnant un véritable état

pré-cachectique : on décide d'évacuer l'utérus.

Dans ce but, on met en place un soir deux lamineaires. Le lendemain matin, en retirant les lamineaires et au moment même où l'on se disposait à évacuer l'utérus on s'aperçoit que la région abdominale sous-ombilicale est le siège d'une défense nettement perceptible, la palpation de la zone génitale est devenue douloureuse. Un toucher-palper permet de constater que l'utérus a très sensiblement diminué de volume ; un examen au doigt de la cavité utérine très facile à réaliser en raison de la dilatation du col, permet à ce moment, de constater que l'utérus ne contient que quelques débris ovulaires non en rapport avec l'âge de la grossesse ; sur sa face postérieure, dans la région isthmique, siège un orifice assez important qui permet de supposer que l'œuf a été évacué par là dans le péritoine au cours des contractions très douloureuses qui avaient duré toute la nuit, ne laissant aucun repos à la malade.

Avec le doigt, on ramène, non sans étonnement, quelques petites vésicules molaires.

Le faciès s'étant nettement altéré depuis la veille et ayant revêtu le type classique péritonéal, la connaissance de la lésion et du contenu utérin s'ajoutant à cela, on décide de faire aussitôt une *hystérectomie*.

La laparotomie faite on découvre en effet au milieu des anses intestinales du sang et des *vésicules molaires* dont la masse totale recueillie correspond au volume d'un poing.

L'*hystérectomie* est aussitôt pratiquée. Les suites opératoires normales au début sont assombries par des complications pulmonaires et deux semaines après l'intervention la malade meurt de broncho-pneumonie.

Dans ce cas, la perforation ne paraît pas être de toute évidence due à la môle hydatiforme et l'on pourrait accuser uniquement les lamineaires d'avoir lésé la paroi utérine au cours de leur mise en place.

Il nous paraît cependant logique d'admettre avec

l'auteur que le danger des lamineires introduites avec soin, dans un utérus au col facilement perméable, était inexistant et que leur présence ne semble pas avoir déterminé à elle seule la perforation.

Nous pensons que l'on doit admettre ici que l'amincissement de la paroi (très friable et déjà profondément parasitée) d'une part, et d'autre part, les contractions qui durèrent toute la nuit, accrurent la menace de perforation puis la déterminèrent et enfin favorisèrent l'expulsion de la môle dans le Douglas.

En résumé, l'hypothèse de la perforation d'une paroi anormalement mince, friable, au cours de contractions utérines subintrantes à l'occasion d'une application de lamineires semble ici devoir être la seule retenue.

B) PERFORATION UTERINE PAR CHORIO

EPITHELIOME MALIN

Dans un fort intéressant travail, MM. CREYSSEL et BOYER de Lyon, ont décrit longuement les perforations utérines consécutives à l'évolution du CHORIO-EPITHELIOME MALIN. Ils ont pu réunir en plus d'un cas personnel, 14 observations éparses dans la littérature.

Nous rapporterons tout d'abord ici deux observations typiques dont l'une *inédite* est dûe à l'obligeance du Docteur Jahier.

OBSERVATION IV (Inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le Docteur JAHIER

PERFORATION UTERINE PAR CHORIO EPITHELIOME HYSTERECTOMIE TOTALE. GUERISON DEPUIS 5 ANS.

Mme M..., multipare, âgée de 40 ans, nous *consulte* pour des *métrorragies* d'intensité moyenne durant depuis un mois.

Elle nous apprend qu'il y a deux mois elle a été *curettée pour une môle hydatiforme*.

Pendant un mois elle n'a plus perdue et c'est aux règles suivantes que s'est installée la perte de sang qui l'amène.

A l'examen l'utérus est gros comme à deux mois de grossesse. Le col est perméable.

Au niveau de la face antérieure de l'utérus se trouve une zone douloureuse.

Le *diagnostic clinique de chorio-épithéliome* est posé. Nous ne pratiquons pas de curettage en raison de la zone douloureuse et l'*hystérectomie* est proposée. La malade est perdue de vue pendant une dizaine de jours. Nous sommes rappelés d'urgence à ce moment et trouvons une femme très pâle (plus que ne l'eut fait son suintement

vaginal). L'abdomen est uniformément douloureux et météorisé.

Laparotomie immédiate. Le ventre contient du sang qui sourd d'une petite brèche située à la face antérieure de l'utérus à travers laquelle pointe un bourgeon charnu.

Hystérectomie abdominale totale, très large drainage par le vagin et péritonisation soignée.

Suites opératoires parfaites. La réaction d'hormones gravidiques dans les urines pratiquée 3 mois après est négative. La malade demeure aujourd'hui encore guérie.

L'examen de la pièce montre l'existence de deux tumeurs végétantes largement implantées à la face antérieure de l'utérus ; l'une a effondré la paroi et perforé l'organe.

L'examen histologique confirme le diagnostic clinique : *chorio épithéliome*.

La deuxième observation :

OBSERVATION V

SIREDEY, BROCC, MONOD et RICHARD

PERFORATION UTERINE PAR CHORIO-EPITHELIOME HYSTERECTOMIE SUBTOTALE — GUERISON.

Femme de 27 ans. En Juillet 1922 *expulsion spontanée d'une môle hydatiforme* au 3ème mois de la grossesse ; curettage en juin 1923 pour pertes rouges (examen microscopique des fragments négatifs).

Au début de juillet 1923, syndromes d'hémorragie interne avec douleur en coup de poignard dans le bas ventre, sédation spontanée mais persistance de pertes rouges.

Le 24 Août 1923, syndrome d'inondation péritonéale suivie d'intervention d'urgence : inondation péritonéale, *perforation utérine* à bords déchiquetés (dans laquelle on introduit facilement le petit doigt) ; à côté de celle-ci cicatrice fibreuse un peu rétractée répondant à la perforation de Juillet 1923 ; *hystérectomie sub-totale*.

Examen histologique : *placentome diffus*. Récidive fin Septembre 1923 (masse douloureuse dure du volume d'une noix dans le fond du cul-de-sac). radiothérapie, puis radium-thérapie.

Revue en septembre 1925 : reprise de poids, cul de sac non induré ; peut-être considérée comme guérie deux ans après le début du traitement par les agents physiques.

La perforation utérine dûe au Chorio-Epithéliome malin se rencontre d'après la statistique de ŁADINSKI, dans 4 % des cas environ.



FIGURE II
Perforation utérine par chorio-épithéliome malin
D'après GREYSSEL ET BOYER

Les femmes sont atteintes en général au cours de leur vie génitale active (entre 25 et 40 ans) et l'on retrouve dans leurs antécédents soit des grossesses normales, soit des avortements, soit enfin une *grossesse molaire*.

Il semble que la perforation se produise à une *phase assez précoce de l'évolution*, par une sorte de processus térébrant localisé, alors que la néoplasie est relativement peu étendue, limitée au corps utérin et respecte le paramètre. « Enfin dans un certain nombre de cas, il semble qu'un premier épisode « *perforation bouchée* » par réaction du péritoine ou accolement des organes voisins ait pu précéder l'accident d'inondation péritonéale ». (CREYSSEL et BOYER).

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque l'accident s'est produit et qu'on fait un examen des lésions, on constate que la cavité pelvienne est le plus souvent remplie de sang mêlé de caillots ; les trompes sont saines, l'utérus est gros, d'un volume correspondant à 3 ou 4 mois de grossesse, son fond ou un de ses angles est distendu par la tumeur, et en un point quelconque, on voit une perforation assez irrégulière de 2 à 3 c/m par où s'écoule le sang. La tumeur est parfois du volume d'une orange. Il peut exister deux tumeurs isolées plus ou moins volumineuses. Les ovaires sont fréquemment kystiques.

LE TABLEAU CLINIQUE est marqué à son origine par un véritable syndrome cataclysmique : douleur brutal en coup de poignard, puis état syncopale complété par une anémie aiguë, un

pouls incommptable, un état nauséeux, une pâleur extrême des téguments. Rien ne permet de faire jusque là une discrimination nette avec la grossesse extra-utérine.

LE TOUCHER est souvent d'interprétation délicate en raison de la sensibilité de l'abdomen et de la défense de la paroi. Dans les cas faciles il nous indiquera que le corps est comparable à un utérus gravide du deuxième mois environ, mais de forme irrégulière. L'interrogatoire pourra faire préciser si une grossesse antérieure était compliquée de *môle hydatiforme* ou si un curettage n'a pas été pratiqué quelque mois auparavant, entraînant des troubles menstruels ou quelques manifestations douloureuses.

LE DIAGNOSTIC repose donc sur cette triade décrite par CREYSEL et BOYER :

1° — *Douleur abdominale vive suivie d'anémie aiguë,*

2° — *Constatacion d'un gros utérus irrégulier,*

3° — *Antécédents gynécologiques avec parfois métrorragies consécutives à un avortement, à un curettage douloureux ou surtout à une môle.*

Le doute sera levé par la *laparotomie exploratrice*.

LE PRONOSTIC devra être très réservé du fait, tout d'abord que la malade aura subi une importante hémorragie, que l'hystérectomie totale à laquelle elle est vouée est une opération choquante et grave et qu'enfin le terrain néoplasique laisse supposer des complications redouta-

bles immédiates, ou éloignées.

Les cas de Chorio-épithéliomes malins compliqués de perforation ou d'hémorragie interne se présentent dans des conditions thérapeutiques particulièrement mauvaises. Il n'en reste pas moins que l'existence de quelques chances de guérison définitive justifie une intervention systématique.

LE TRAITEMENT consistera en une laparotomie exploratrice d'urgence, suivie d'une hystérectomie totale. S'il peut être permis, alors qu'on pense à une grossesse extra-utérine de remonter pendant plusieurs heures l'état général de la malade pour la soumettre à une intervention dans de meilleures conditions, il faut conseiller avec CREYSSEL et BOYER de ne temporiser à aucun instant et d'intervenir le plus précocement possible, car l'hémostase spontanée ne peut être espérée dans ce tissu sagueux et néoplasique.

L'hystérectomie totale constitue ici « à la fois la thérapeutique de l'accident et une tentative de cure radicale ».

2° Les Perforations Accidentelles

Parmi les perforations accidentelles de type exceptionnel nous citerons celles qui sont dues à l'élimination d'eschares après radiumthérapie et à la nécrose dite alcaline après injection d'eau de savon.

A) PERFORATION UTERINE PAR CHUTE D'ESCHARE APRES RADIUMTHERAPIE

Au début de l'utilisation du radium dans le cancer, des observations de « chute d'eschares » et de *perforations secondaires de l'utérus* ont été publiées. Il s'agissait de cas particulièrement avancés, graves, pour lesquels on avait jugé bon d'utiliser la *Curiethérapie*.

Les faits de *perforation utérine* pour être rares nous paraissent cependant devoir être signalés ici et nous rappellerons une observation publiée en 1921 par MM. FERRARI et A. LAFFONT.

OBSERVATION VI

(F. FERRARI et A. LAFFONT)

1° PERFORATION UTERINE PAR CHUTE D'ESCHARE APRES RADIUMTHERAPIE

Il s'agit d'une perforation isthmique d'un utérus cancéreux deux mois après une deuxième application de radium.

Une femme de 53 ans, avait reçu une première application de radium au début d'août 1921 (38 millicuries détruits). *Revue* au mois de décembre les auteurs constataient un bon état général, un col cicatrisé, des culs-de-sac souples.

La malade revenait consulter en février 1922 (6 mois

après) pour un suintement sanguin ; l'utérus était très mobile, l'état général bon (la malade ayant engraisé de 6 kilos depuis 6 mois), *une petite ulcération* examinée histologiquement se révélait de *nature épithéliomateuse* ; quoi qu'il en soit, les auteurs décidèrent de ne pas opérer et placèrent à nouveau du radium le 2 avril. Après dilatation facile aux bougies de Hégar, nouvelle application de Bromure de Radium. Suites immédiates bonnes.

Le 20 Mai la malade revenait consulter en se plaignant de douleurs dans le bas ventre survenues depuis trois jours avec vomissements et nausées — *Au toucher* : vive douleur dans le cul-de-sac gauche.

Le 21 Mai les signes de pelvi-péritonite se précisent, température 38°5, pouls 96. — Bollonnement du ventre épreintes. — *Traitement* : glace sur le ventre, diète injections vaginales chaudes, huile camphrée.

L'état se maintient sensiblement le même jusqu'au 29 Mai. Le 30 Mai la malade est prise d'une légère métrorragie cédant à des lavages chauds.

Le 31 Mai, la métrorragie est plus abondante, les douleurs aussi vives.

Le 1er Juin, *la malade meurt* en quelques instants.

En somme ici, l'autopsie put révéler *cette perforation utérine* de 2 c/m environ « intéressant l'isthme utérin et une partie de la face postérieure du corps ».

Les bords de cette perforation étaient irréguliers, frangés, noirâtres: contre la perforation, un vaisseau, qui ne peut être identifié comme étant réellement l'artère utérine, en putréfaction.

Comment se serait produite la perforation ?

La question est soulevée par les auteurs, qui, connaissant fort bien la *fragilité* de ces utérus cancéreux et la difficulté qu'il y avait à manipuler un orifice cervical obstrué, ont agi avec la plus grande prudence et ont pû voir le col sans difficulté et le dilater facilement et sans effort. Pensons donc

avec eux que la perforation ne datait pas de ces manœuvres thérapeutiques pour la raison majeure qu'une pelvi-péritonite se serait plus précocement déclarée.

L'hypothèse suivante est en effet plus vraisemblable,

« Les parois du canal cervical, le col utérin devaient être infiltrés de cellules cancéreuses dans toute leur épaisseur depuis la muqueuse jusqu'à la surface péritonéale. La destruction des cellules cancéreuses dans toute l'épaisseur de cette paroi a eu pour conséquence, *la formation d'une large eschare* qui, au moment de sa chute, a produit la perforation; l'ulcération secondaire d'un vaisseau important a été la cause de l'hémorragie terminale.

Ici, il faut évidemment incriminer la deuxième application de radium qui nécrosa en masse les tissus néoplasiques et peut être même de cicatrisation.

A l'heure actuelle les destructions plus élevées de millicuries et l'utilisation d'emblée de doses massives évitent des accidents de ce genre.

Personnellement, nous nous sommes livrés à une enquête sur la fréquence de ces accidents, et nous n'avons pu retrouver d'observation de ce genre dans la littérature.

Aucun des auteurs spécialisés dans les techniques radiumthérapiques que nous avons interrogés n'a pu nous indiquer de faits identiques.

La rareté n'enlève néanmoins pas à ce fait sa valeur ni l'enseignement qui en découle. *Les perforations par chute d'eschare* restent parmi les faits que la clinique doit offrir de temps à autre à notre observation,

B) PERFORATION ET NECROSE

DITE « Alcaline » PAR INJECTION

D'EAU DE SAVON

Des auteurs allemands ont publié de nombreuses observations sur le procédé abortif qui est particulièrement répandu en Europe centrale et qui consiste en une injection intra-utérine d'eau savonneuse. Il y a trente ans POTHERAT disait déjà à la Société Nationale de chirurgie : « Mr. PICQUE rapporte à deux processus le mécanisme de la gangrène de l'utérus : une perforation traumatique par un instrument septique, ou bien un sphacèle déterminé par une septicémie subaiguë d'origine intra-utérine, sans traumatisme de la paroi. Ce sont là des modes tout à fait logiques et je n'y contredis pas. Mais il est un autre mécanisme que M. PICQUE a passé sous silence ou auquel il n'a fait qu'une courte allusion : *c'est la gangrène déterminée par le contact de liquide caustique avec la paroi utérine.* »

Malgré le nombre relativement élevé de femmes qui ont dû tenter un avortement au moyen d'injection intra-utérine d'eau savonneuse, les complications de « nécrose alcaline », sont en réalité très rares. En effet, le tableau clinique est peu connu en raison de la rareté du cas et en raison aussi du mystère dont s'entoure la femme qui se fait avorter.

L'observation suivante a été rapportée par H. MONDOR, Marthe LAMY et LEROY. Il s'agit d'un cas fort intéressant *d'infarctus suivi de gangrène utérine consécutive à une injection intra-utérine*

d'eau de savon, lésion à laquelle RUNGE avait donné l'appellation en 1927 de « Nécrose alcaline de l'utérus ».

OBSERVATION VII

(MONDOR, M. LAMY et LEROY)

*TENTATIVE D'AVORTEMENT PAR INJECTION D'EAU
DE SAVON : NECROSE ALCALINE ET PERFORATION ;
HYSTERECTOMIE — DECES*

Mme G..., âgée de 27 ans, polonaise, entre à l'hôpital Bichat dans le service de l'un de nous le 25 Février 1934. C'est une femme obèse dont l'interrogatoire, à cause de son ignorance du français et de son extrême apathie, est rendu très difficile. Elle a eu ses dernières règles le 20 Décembre 1933 et ne fait pas de difficultés pour avouer *des manœuvres abortives*, il y a quelques jours; mais ce que furent ces manœuvres restera ignoré.

La nationalité de la malade, le quartier misérable d'où elle vient et d'où nous sont venues d'autres infectées *permet de supposer que l'eau savonneuse a pu être utilisée*, mais le médecin traitant, lui même, n'en a rien su. Il nous a seulement fait part de l'insistance inutile avec laquelle depuis trois jours « pour des phénomènes abdominaux inquiétants » il essayait de diriger la malade sur l'hôpital.

A son entrée, nous la voyons un dimanche matin vers 9 heures. La malade frappe par sa *lividité*. Elle est entièrement froide, son *pouls* est misérable, à peine perceptible, *très rapide*. Les battements précipités des ailes du nez soulignent la dyspnée. L'asthénie est profonde. *Température 38°1*. La paroi abdominale est cyanosée dans toute la région ombilicale. Elle accompagne un peu les mouvements respiratoires. Il y a une défense musculaire généralisée mais peu résistante : Pas de ventre dur.

Le toucher vaginal est difficile : la malade geint, s'y oppose. On constate seulement deux choses. Un *gros utérus* et un *Douglas très vivement douloureux*. Nous pen-

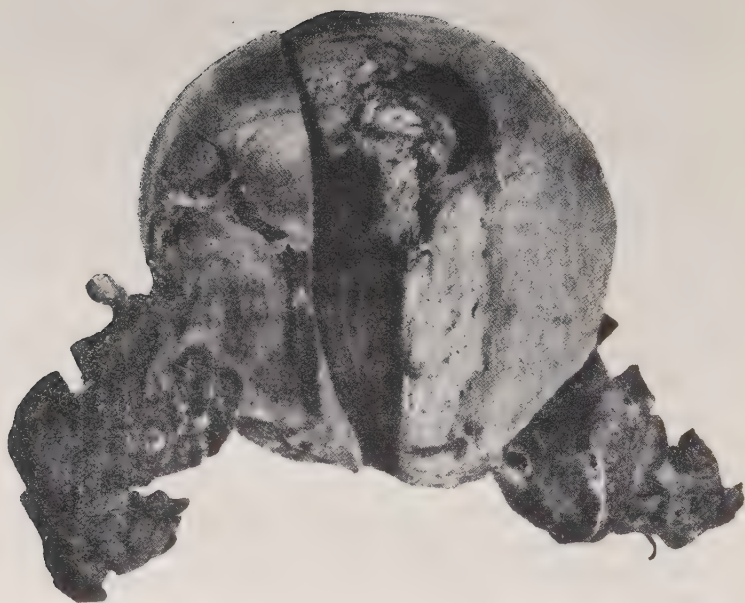
sons à une inondation péritonéale au stade terminal, mais nous restons surpris de la défense musculaire et faisons des réserves à cause de ces symptômes sur une réaction inflammatoire péri-utérine.

Malgré l'état visiblement moribond de la malade, on intervient. Un peu de sang libre dans le péritoine d'abord puis dans le bassin, un *liquide abondant, fétide, brun, poisseux*. Et aussitôt un gros *utérus lilas* foncé, aubergine, avec au centre d'une zone largement infarctée, une perforation lenticulaire par où bave du sang. Les *annexes* des deux côtés sont *noirâtres*, turgescents.

On fait une *hystérectomie sub-totale*, rapide, sans péritonisation. Malgré tous les soins (transfusion, etc..) la malade meurt le même jour à 17 heures.

Le liquide du Douglas prélevé a été examiné au laboratoire : Culture pure de colibacille.

La pièce opératoire a été confiée pour examen histologique en coupes étagées à Mlle Gauthier-Villars. Macroscopiquement il s'agit d'un *large infarctus utéro-tubo-ovarien* qui semble ou compliqué d'une *petite perforation utérine* ou avoir compliqué celle-ci.



D'après MONDOR, M. LAMY ET LEROY

FIGURE III

Perforation par infarctus et gangrène de l'utérus ou nécrose dite « alcaline » par injection d'eau de savon.

OBSERVATION VIII (N. ZEHNTER)

*PERFORATION UTERINE A LA SUITE D'INJECTION
D'EAU DE SAVON. DECES*

Il s'agit d'une « *triple perforation gangreneuse* de l'utérus gravide du 3ème mois chez une 11ème pare de 37 ans ».

Intervention criminelle avouée (*injection intra-utérine d'eau de savon*).

La malade succombe quelques heures après son arrivée à la clinique.

A l'autopsie on trouve, à part une septicémie, *deux*

petits trous dans le fonds de l'utérus et une large perforation (diamètre $\frac{4}{5}$ centimètres) à la paroi antérieure, au niveau de l'orifice externe, faisant communiquer la cavité utérine avec l'espace utéro-vésical ».

Du point de vue ETIOLOGIE, les notions sont fort difficiles à recueillir et s'il est des cas où la malade fit son injection d'eau de savon après une dilatation préalable, au moyen d'une laminaire (KOENEN), par contre, dans d'autres, la malade nie toute manœuvre ne se croyant pas enceinte et affirme que l'injection d'eau savonneuse fût simplement vaginale pour « calmer ses douleurs de ventre » (RUNGE).

Dans d'autres encore, les malades s'enferment dans un mutisme absolu ou invoque comme à l'ordinaire, la chute inévitable dans un escalier, la lessiveuse trop lourde ou une grande émotion.

A L'INTERROGATOIRE on apprend que certaines malades ont des *vomissements* et des *douleurs*. Les unes se sentent simplement *fatiguées*, tandis que d'autres ont de *véritables syncopes*.

L'EXAMEN de la malade est plus caractéristique : son facies est pâle, cyanosé ; sa respiration est superficielle ; l'agitation et l'anxiété sont très marquées ; « les signes sont d'intoxication grave, plutôt que d'infection. La température est des plus variable. En général, elle est peu élevée, se maintient entre 37 et 38. Le pouls est, par contre très accéléré et bat entre 120 et 140. (ABELOOS et GOVAERTS). Parfois on constate l'apparition de tâches ecchymotiques sur les jambes et les cuisses.

Le ventre est météorisé. Il existe de la défense musculaire nette dans la région hypogastrique, et la douleur est vive dans tout le petit bassin. Si l'on palpe bien l'utérus, on est frappé de le trouver plus gros que la date de la grossesse ne le laissait prévoir.

La mobilisation utérine est difficile et douloureuse ; le fond de l'utérus est plus particulièrement sensible. Le corps est en général *mou* ; les culs-de-sacs sont *un peu empatés*. Au spéculum le *col* apparaît *livide*, grisâtre, ou violacé, parfois même ecchymotique. Un *léger œdème* de la vulve et du vagin est le témoin d'une injection caustique récente.

Cet examen abdomino-génital fait parfois penser à une septicémie, à une intoxication ou à une péritonite post-abortive.

Si l'intervention est retardée on voit l'état de la malade s'aggraver et la dyspnée augmenter. Le pouls devient incomptable ; la température centrale diminue ; un ictère peut apparaître ; la malade urine de moins en moins et meurt presque toujours *en anurie*.

LE DIAGNOSTIC s'il est précoce, quand la malade n'a pas dissimulé peut être une chance de guérison (cas de HARTMANN de Kiel) ; mais s'il reste incertain et si l'intervention est différée, la mort surviendra rapidement par *anurie* ou *gangrène utérine* suivie de péritonite.

Le diagnostic peut être fait cependant par les signes locaux et généraux intenses et reposera sur la réponse affirmative à la question capitale :

l'avortement a-t-il été provoqué par une injection d'eau savonneuse ?

Souvent l'erreur de diagnostic consiste à penser à une péritonite post-abortive. Dans l'observation VII ci-dessus les auteurs croyaient à une *grossesse extra-utérine rompue*.

On peut confondre la nécrose alcaline avec la perforation utérine au cours de manœuvres abortives (VON GEPPERT). La perforation et l'infarctus peuvent être associés, que la perforation soit compliquée d'infarctus ou que la nécrose soit secondairement compliquée de perforation (Obs. ci-dessus).

Si la laparotomie est décidée malgré un diagnostic hésitant, le doute sera vite levé en raison du volume anormal de l'utérus et des annexes et de leur coloration violet-aubergine.

Le paramètre est infiltré et brun foncé. La consistance de l'utérus, des trompes et des ovaires est ferme, dure, comme si les organes étaient gorgés de sang. Le sang sourd par la perforation utérine. (Obs. ci-dessus).

Le PRONOSTIC est donc fort sombre et les trois seules guérisons enregistrées (3 cas sur 16 observations réunies par Mondor), sont dûes aux hystérectomies qui ont été pratiquées précocement.

Ce qui frappe dans ces cas, c'est la rapidité avec laquelle les infarctus se constituent et aussi la « virulence des micro-organismes capables de provoquer des thromboses rapides et parfois une désorganisation totale des tissus utérins et ovariens ».

« Ne faut-il pas accorder à l'injection abortive

caustique un rôle essentiel ?... Le premier pas de la désorganisation des tissus utérins et salpingiens, n'est-il pas le fait d'une action destructrice purement chimique, premier stade d'un infarctus devenu secondairement hémorragique en raison de la friabilité vasculaire ? » (VON GEPPERT 1932).

En réalité on est plutôt surpris de constater qu'avec le nombre d'avortements qui doivent se pratiquer à l'eau savonneuse, il y ait si peu d'infarctus.

Les résistances individuelles, les échecs des manœuvres entreprises et les solutions de concentration sans doute assez faibles, en sont peut être la cause. Au surplus il n'est pas impossible que d'autres produits caustiques déterminent parfois des dégâts analogues. Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop attirer l'attention sur la nature de ces accidents que seule, l'hystérectomie pratiquée d'extrême urgence peut enrayer. Cette intervention sera pratiquée sans retard lorsque les anamnétiques auront démontré qu'une injection d'eau de savon aura précédé l'apparition des signes d'intoxication, la dissociation du pouls et de la température et enfin toute la symptomatologie abdomino-génitale que nous avons décrite.

Signalons toutefois qu'il existe des faits exceptionnels où l'infarctus est plus localisé, d'allure moins grave et l'affection peut rester dans ces cas justiciable d'une simple colpotomie. (KOENEN).

Mais sachons nous souvenir qu'à la moindre alarme le salut résidera dans *l'hystérectomie exécutée sans délai*.

Parmi les causes exceptionnelles de perforations utérines, citons en terminant les *pessaires intra-utérins anticonceptionnels*. SUSSEX, GLASER, H. VIGNES et E. BOROS, et d'autres auteurs encore en ont signalé un certain nombre de cas qui nécessitèrent parfois des hystérectomies d'urgence.



FIGURE IV

Perforation par pessaire à ressort, anticonceptionnel

CHAPITRE DEUXIEME

LES PERFORATIONS UTÉRINES AU COURS DES MANŒUVRES ABORTIVES

Les perforations utérines les plus fréquentes et les plus redoutables se rencontrent au cours de *l'avortement criminel*. Les complications qu'elles peuvent entraîner sont des plus graves et le pronostic de l'affection dépend essentiellement de la précocité du diagnostic et de la thérapeutique adoptée.

Etiologie

L'étiologie de ces perforations comprend deux facteurs différents :

a) — *la fragilité utérine*

b) — *la maladresse et l'ignorance de l'opérateur.*

A) — La *fragilité de l'utérus* gravide est bien connue. Cette fragilité croît avec l'âge de la grossesse, l'utérus se laissant distendre en s'amincissant, pendant que l'imbibition gravidique le ramollit et le rend plus friable. Cette fragilité physiologique peut être augmentée par *un état pathologique spécial*, qu'il s'agisse de tumeurs, de grossesses molaires, d'infections, d'interventions antérieures, ou tout simplement de déviations utérines.

En dehors de la gestation, la fragilité utérine entre moins en ligne de compte.

En effet, dans ces cas, si les perforations sont souvent graves, c'est que *la femme*, elle-même, ou *la matrone* fait parfois un effort considérable pour introduire l'instrument de son choix (Obs. N° XV et XXI), la résistance du muscle utérin est alors rompue brutalement et l'on peut observer

dans ces conditions des lésions intestinales ou vésicales associées.

B) — *La maladresse et l'ignorance de l'opérateur* doivent être mises au premier plan des causes de perforations car il ignore le plus souvent la situation anatomique de l'utérus, sa fragilité et la région si vulnérable de *la charnière de Hégar*.

Dans l'esprit de ces sortes d'opérateurs clandestins qui agissent furtivement, à la dérobée, la rapidité et la brutalité de l'introduction de l'agent abortif, n'ont d'autre but que de leur permettre d'en terminer au plus tôt avec leur exploit criminel.

A leur ignorance de l'anatomie et de la résistance des tissus s'ajoute habituellement la méconnaissance totale de l'asepsie la plus élémentaire. Ils courent au devant des complications les plus redoutables en se servant dans leur inconscience du mal qu'ils vont faire, indifféremment de *sondes rigides en gomme, d'aiguilles à tricoter, de crayons, d'allumettes, de fils de fer, d'aiguilles à matelas, de tiges de lierre, de tisonniers* (BONNET et de VADDER), *d'épingles à cheveux redressées*, auxquelles s'ajoutent *des injections de teinture d'iode* (BALARD), *d'infusions de tabac* (BONNET et de VADDER), *d'eau de javel* (QUENU) etc...

On comprend aisément la fréquence des lésions qui résultent de tels procédés et, mieux encore, la gravité de l'infection qui le plus souvent lui fait suite.

Les manœuvres abortives peuvent avoir été pratiquées également par *des sage-femmes ou des médecins peu scrupuleux* qui ne se mettent pas

suffisamment à l'abri des perforations septiques ou compliquées. Les accidents s'expliquent d'ailleurs par les procédés mis en œuvre : *sonde* ou *laminaire* à demeure pendant 24 ou 48 heures, dilatation forcée aux *bougies de Hégar*, *curettage brutal*, souvent incomplet, pratiqué en toute hâte par une personne insuffisamment expérimentée dans des conditions matérielles souvent très précaires. En effet, l'opérateur est généralement seul avec sa victime dans ces sortes d'aventures. Il n'a pas d'assistant afin d'éviter à tout prix les indiscretions et il va vite, dans la crainte d'être surpris ou parce qu'il est nécessaire que la patiente retourne chez elle dès la manœuvre achevée. Et l'on peut comprendre que, dans la hâte d'en finir, les dilatations forcées ou les curettages à la fois hâtifs et insuffisants puissent aboutir à des traumatismes graves de l'utérus, plus ou moins pénétrants, pouvant parfois intéresser les viscères avoisinants.

Anatomie Pathologique

On peut diviser les perforations utérines, en trois variétés :

- r) — *Les perforations incomplètes,*
- b) — *Les perforations complètes,*
- c) — *Les perforations compliquées.*

A) — LES PERFORATIONS INCOMPLETES.

Ces perforations intéressent la muqueuse et une partie ou la totalité de la musculuse, sans léser la séreuse péritonéale. Elles peuvent exister sur le fond utérin, mais s'observent plus particulièrement, dans la *région isthmique* des utérus rétro-fléchis ou antéfléchis. On en comprend aisément les raisons: la plupart des opérateurs négligeant de réduire la flexion utérine par l'abaissement de l'utérus au moyen de pinces à col.

B) — LES PERFORATIONS COMPLETES.

Ce sont celles qui intéressent les trois couches de l'utérus : *muqueuse, musculuse* et *séreuse*. Elles sont de beaucoup les plus fréquentes et aussi les plus importantes.

Ces perforations siègent le plus souvent sur l'*isthme*, le *fond* ou les *faces antérieure* ou *postérieure* de l'utérus.

Parfois, il pourra s'agir d'une perforation punctiforme, très petite, qu'il faudra rechercher d'autant plus minutieusement, que l'utérus présente souvent des ondes contractiles qui tendent à rapprocher les lèvres de la plaie et à les coapter exac-

tement. Plus souvent, la déchirure utérine est importante, surtout si elle a été faite au cours de manœuvres abortives pratiquées au moyen d'instruments chirurgicaux maniés par des mains inexpertes ; de sorte, qu'à la laparotomie, l'on peut être amené à trouver dans la cavité abdominale, le fœtus, le placenta ou même parfois des corps étranger ayant servi à pratiquer l'avortement. La plaie utérine, est dans ce cas, le plus souvent éversé paraissant plus étendue du côté de la séreuse que du côté de la muqueuse. La musculuse pourra s'y voir en relief, formant hernie vers le péritoine et débordant comme une sorte de bourgeon charnu en ectropion sur les rebords de la séreuse.

Parfois, dans cette brèche, s'engagent l'intestin, l'appendice ou l'épiploon qui peuvent être entraînés jusque dans le vagin ou à la vulve, au moment du retrait rapide des instruments. Disons que dans ces cas, il y a souvent un véritable éclatement de l'utérus, des dilacérations tissulaires importantes, des phénomènes de thrombose dont l'aboutissement est souvent *la gangrène utérine*, comme l'ont montré PAUL dans sa thèse de 1906 ainsi que LEClerc et CREPIN à la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE en 1914. *L'isthme utérin* devenu la charnière de HEGAR dans l'utérus gravidé, est par excellence le siège des perforations: leur prédominance à cet endroit, nous l'avons vu plus haut, s'explique par la flexion antérieure ou postérieure si marquée, notamment, dans les utérus des primipares.

Le fond utérin et les cornes sont lésés par des instruments longs, rigides ou chirurgicaux. Ces lésions, graves en elles mêmes, sont souvent ac-

compagnées de blessures plus graves encore, de l'intestin ou de troncs vasculaires voisins.

Les faces utérines sont atteintes, dans les cas de version de l'utérus. Dans l'antéversion, c'est la face postérieure, en général, qui est blessée. Et c'est la face antérieure qui est perforée dans les rétroversions.

Les bords peuvent également être blessés, mais cette lésion est heureusement fort rare ; elle est d'une gravité exceptionnelle dans les cas où elle intéresse les vaisseaux utérins.

C) — *LES PERFORATIONS COMPLIQUEES*

Nous n'envisagerons ici que les complications immédiates qui peuvent être de trois ordres et qui viennent singulièrement assombrir le pronostic.

Nous distinguerons :

a) — *des lésions associées*, viscérales ou pariétales,

b) — *des rétentions de corps étrangers*.

c) — *des irrupsions liquidiennes dans la cavité péritonéale*.

A) — *Les lésions associées*: Les plus fréquentes, sont les lésions viscérales qui, elles mêmes, peuvent être très variées. La plus classique, est la déchirure de *l'intestin grêle*. C'est parfois l'extériorisation de l'iléon dans le vagin ou à la vulve et sa désinsertion mésentrique qui en découle. Nous renvoyons à ce sujet, à l'observation typique de DOUAY et de IONESCO et HRISTU, (N° XVII et XXI) dont se rapprochent les cas de BERGOUIGNAN, BROON, CRAIG, STOECKEL, etc. etc.,

Parfois l'anse intestinale est entraînée par la curette ou la pince jusqu'à la vulve (Obs. N° XVIII et XXI). Dans certains cas la séreuse et la musculuse se trouvent seules sectionnées par l'instrument (Obs. n° XXI). La muqueuse doublée de son chorion se laisse alors cliver au niveau du tissu cellulaire lâche sous choriale et se détache du manchon musculaire qui reste dans la cavité péritonéale. Le manchon muqueux peut être ainsi déroulé jusqu'à la vulve et au delà de la vulve où l'avorteur peut encore exercer des tractions, persuadé qu'il est, de tenir le cordon du fœtus (LAFFONT et JAHIER Obs. N° XVIII).



FIGURE V

La muqueuse seule a été amenée à la vulve ; la séreuse et la musculieuse ont été retenues à l'orifice de perforation et se sont plissées (Obs. LAFFONT ET JAHIER.)

Le gros intestin est assez rarement traumatisé, dans sa portion rectale (cas de WORTHMANN, de MAXWELL) comme dans sa portion sigmoïdienne (PLACENTIANU, LAFFONT et JAHIER).

Une observation de SOUPAULT réunissait les deux lésions en même temps : le rectum et le sigmoïde.

La désinsertion mésentérique s'observe dans les cas où un opérateur maladroit, brutal ou trop pressé manie avec violence une curette dans la cavité abdominale sans s'être rendu compte qu'il avait déjà franchi la cavité utérine (BERGOUIGNAN, SCHOCKAERT, DOUAY, ROUHIER, HRISTU, MOCQUOT, PROUST). De la même façon les *vaisseaux mésentériques ou coliques* peuvent être lésés.

Parmi les lésions viscérales rares, accompagnant les perforations utérines nous devons mentionner certains cas d'inclusions des *anses grêles*. (GUYOT et VILLARD, SCHMID, SCHAEFFER, MONDOR).

L'Epiploon peut être dilacéré au cours de ces perforations parce que, le plus souvent, il est attiré au moment où l'opérateur ramène sa curette ou son instrument. C'est ainsi qu'on a pu le voir oblitérer complètement une perforation, en jouant le rôle d'un bouchon (MOIROUD) ou parfois même être ramené à la curette et pris pour des débris placentaires (KLEIN). GAUDIER, sept mois après la perforation, a constaté l'existence d'un bouchon épiploïque au niveau de la plaie utérine non encore cicatrisée.

Les vaisseaux utérins s'ils sont fréquemment lésés (ENDELMANN, AMELINE), n'occasionnent, il faut le reconnaître, que dans quelques cas d'exception, des hémorragies mortelles. Pour être grave la rupture doit intéresser le pédicule vasculaire lui-même (TREMOLIERES), le muscle utérin saignant peu.

Les uretères malgré leur voisinage de l'isthme utérin sont assez rarement atteints, cependant il existe un certain nombre d'observations de cette complication, notamment celles de OTTOW, KLAUSER et RATHENOW.

La vessie est aussi rarement atteinte en raison sans doute de la situation et de son élasticité. Un cas intéressant nous en a été rapporté par ROSENSWEIG : la vessie faisant hernie dans l'utérus avait été prise par un médecin pour un polype (GUEULLETTE).



D'après H. MONDOR

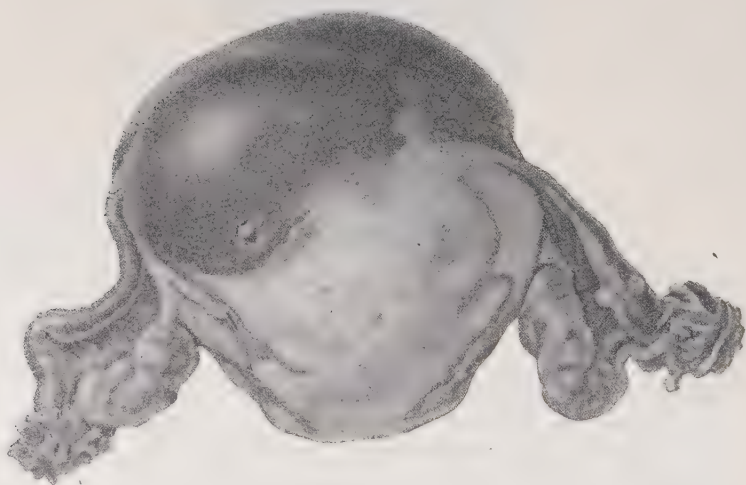
FIGURE VI

Perforation de l'utérus avec abaissement et étranglement intra-utérin d'une anse intestinale — Une perforation punctiforme siège un peu au-dessous.

B) — *Les rétentions de corps étrangers* ne sont pas exceptionnelles. Il est arrivé à un certain nombre d'opérateurs de retirer au cours de la laparotomie des morceaux de *canules*, (LECENE,

SCHREINER et WEBER, LERICHE). MARCHAND croyant faire l'ablation d'une tumeur, retira *une bougie de Hégar* introduite un an auparavant au cours de manœuvres abortives qui n'avaient été suivies d'aucun incident. SCHWARTZ a extrait un *crochet d'ivoire* qu'il trouva près du cœcum. D'autres trouvèrent près du petit bassin un *fragement de bois* (LEWIS et LEICEISTER) ou encore une *sonde en caoutchouc* (LOEWY) etc. etc...

C) — *Enfin les injections intra utérines* pratiquées sous pression lorsqu'il existe déjà une perforation peuvent irriter dangereusement le péritoine et les anses intestinales. Elles contribuent également à l'ensemencement microbien de la cavité abdominale.



D'après MONDOR

FIGURE VII

Perforation punctiforme de l'utérus, compliquée d'infarctus utéro-tubaire.

Fréquence

Malgré le grand nombre d'avortements criminels qui sont perpétrés chaque jour, nous ne pouvons qu'être étonnés du chiffre relativement restreint des perforations publiées.

Il est probable que la plupart d'entre elles passent inaperçues, demeurent sans suite, ou guérissent spontanément sans que le chirurgien ait eu à intervenir.

Nous devons en outre faire observer ici que les perforations *au cours du curettage gynécologique* sont bien plus nombreuses que *les perforations dues aux manœuvres abortives*.

Comment expliquer cette impressionnante constatation qui résulte de la lecture des statistiques et des publications connues ?

La classe des opérateurs qui pratiquent le curettage en gynécologie est cependant bien différente de celle des avorteurs de métier ou d'occasion.

En vérité il doit y avoir plusieurs raisons pour expliquer cette rareté apparente, et tout d'abord, parmi ces raisons, *la dissimulation* des exploits clandestins ou criminels doit entrer pour la plus grande part dans les faits passés inaperçus. A côté de cette raison, doivent également entrer en ligne de compte *les coefficients de résistance individuelle* d'une part, et le chiffre des *guérisons spontanées* et des cas passés totalement *inaperçus* d'autre part.

Il est probable également enfin, que bien des pelvi-péritonites et des cellulites pelviennes des

suites d'avortements criminels sont dues à des perforations incomplètes, à des lésions de voisinage, sans qu'il soit possible de préciser la nature exacte du traumatisme subi. Les perforations *complètes* ou *incomplètes* dans ces cas sont passées *inaperçues* et ne peuvent être que *soupçonnées* sans pouvoir figurer évidemment dans des statistiques dignes de foi.

Le Diagnostic

Le diagnostic des perforations utérines au cours de l'avortement est, d'une façon générale assez difficile à faire. En effet si l'on ne se heurte pas systématiquement à des mensonges, on peut se trouver en présence d'une femme qui explique mal ce qu'elle ressent ou qui n'avoue pas tout ce qui fut fait.

On doit penser à *la perforation utérine* en présence d'une femme qui avoue *des manœuvres abortives, qui souffre, vomit et a de la fièvre* comme on doit penser à la grossesse extra-utérine en présence d'une femme qui a eu une syncope et une douleur en coup de poignard, après un petit retard de règles. Encore faut-il être certain du diagnostic auquel on pense.

Le diagnostic est évident s'il existe à la vulve ou dans le vagin des anses intestinales.

Le diagnostic est assez facile à faire, lorsque la malade avoue sa grossesse et les manœuvres abortives qui ont entraîné brusquement l'altération de son état. Elle dit avoir ressenti au moment des manœuvres, 1 ou 2 jours avant, une douleur violente, « *en coup de poignard* », dans le bas ventre, suivie d'un état syncopal, de nausées, puis de vomissements. La température s'est élevée dans les heures qui ont suivi l'apparition de ces symptômes, accompagnée souvent de *l'arrêt des matières et des gaz*; la douleur est devenue plus vive, tantôt continue, tantôt répétée à la façon des coliques utérines abortives. On est saisi par le faciès pâle et angoissé de la malade, le cerne particulière-

ment marqué de ses yeux. La température est à 40° environ. Le pouls bat autour de 120. L'abdomen est tendu, douloureux et marqué d'une défense assez nette dans la région sous-ombilicale.

Le toucher permet de déceler :

Un utérus de volume et de consistance variables selon l'âge de la grossesse, mais douloureux à la palpation et à la mobilisation ; des culs-de-sac plus ou moins empâtés un Douglas douloureux.

Si la métrorragie qui est de règle n'est pas très abondante, le doigt revient toujours souillé de sang plus ou moins altéré et parfois nauséabond.

Peu après l'accident le diagnostic est difficile à faire, surtout lorsque la malade dissimule sa tentative criminelle et que les signes cliniques sont peu importants. Et l'on comprend qu'il puisse y avoir confusion, dans ce cas, avec un avortement spontané, avec une salpingite accompagnant la grossesse, avec une grossesse extra-utérine ou encore avec une appendicite réveillée par le début de la grossesse.

Quelques jours après l'accident si la malade n'avoue pas, les signes cliniques seront masqués par la prédominance de la complication qui pourra être péritonéale, septicémique ou hémorragique.

a) — La confusion se fera parfois en présence d'une réaction péritonéale avec une péritonite, une pelvi péritonite, une appendicite gangréneuse, une salpingite, une torsion d'un kyste de l'ovaire, et la laparotomie seule dans ces cas lèvera le doute.

b) — En présence d'un état infectieux, on pour-

ra prendre la septicémie puerpérale pour les poussées fébriles d'un *paludisme* ou d'une *pyélonéphrite*. En face d'un tableau clinique infectieux, à origine incertaine il faudra penser chez une jeune femme, à la *perforation utérine* et demander à pratiquer l'examen abdomino-génital qui révélera un utérus augmenté de volume et mou, un Douglas douloureux de la défense abdominale ou du météorisme sous ombilical.

c) — *En présence de signes hémorragiques*, deux alternatives peuvent se présenter, *selon que la malade avoue ou nie les manœuvres abortives*.

Si la malade avoue, devant le tableau classique d'hémorragie interne, le diagnostic de perforation s'imposera. Par contre, si l'hémorragie externe domine le tableau *l'erreur se fera fatalement*, car on songera aussitôt à un avortement inachevé et à une rétention de débris placentaires.

Si la malade nie les manœuvres abortives, et si l'on a cependant la notion d'un retard, d'un début de grossesse, le diagnostic de *grossesse extra-utérine rompue* pourra s'imposer en présence du tableau d'hémorragie interne.

Enfin si après un retard plus ou moins long l'hémorragie externe domine le tableau et si le toucher permet de constater la présence d'un utérus augmenté de volume et ramolli, l'erreur consistera à confondre à nouveau la perforation avec une *rétention du post-abortum*.

Etude Clinique

C'est en général deux à trois jours après des manœuvres abortives douloureuses que la femme songe à faire appeler un médecin. Le plus souvent elle ignore l'existence d'une perforation utérine, et elle perd un temps précieux en conservant l'espoir d'une guérison spontanée qui la mettra à l'abri d'explications toujours embarrassantes. C'est ainsi que deux ou trois jours passent qui assombrissent singulièrement le pronostic des perforations constituées. En fait, on est appelé dans ces cas auprès de la malade en pleine période d'état, bien souvent au moment où surgissent les complications les plus graves.

Il nous paraît intéressant ici d'essayer de schématiser quelques unes des formes cliniques que l'on peut alors rencontrer.

Les formes péritonéales revêtent un caractère fréquentes. Dans ces cas le médecin est mandé auprès d'une femme qui présente des douleurs abdominales violentes, accompagnées de fièvre et de vomissements : c'est le type précédemment décrit à propos du diagnostic. (Obs. XII).

Les formes péritonéales revêtent un caractère de gravité plus grande que les formes précédentes. Les vomissements sont bilieux, verdâtres. Le facies est du type péritonéal, le pouls bat dans les environs de 120 ; la température avoisine ou dépasse 40. L'abdomen est ballonné, tendu, douloureux. La respiration abdominale a disparu. Il y a arrêt des matières et des gaz.

C'est là, schématisé, l'aspect d'une malade pré-

sentant les signes d'une perforation utérine compliquée de lésion intestinale. (Obs. N° XXI).

Les formes compliquées d'infection : Après les manœuvres abortives, la température peut monter progressivement, les douleurs abdominales s'affirment, des nausées surviennent et l'on peut assister à une véritable septicémie puerpérale avec frissons répétés. Une hémoculture positive au streptocoque complète le tableau. (Obs. N° XXII).

Les formes gangréneuses donnent un tableau dramatique qui marque rapidement son empreinte sur le visage de la malade. Les lèvres sont violacées, le teint est terreux, les yeux sont excavés, les ailes du nez battent, le pouls est filant. (Obs. N° XIII).

A cette forme nous pourrions rattacher une observation rare, de tétanos utérin, (Obs. N° XXIII recueillie dans le service du Professeur Laffont).

Dans les formes compliquées d'hémorragies et de syncopes, à la suite de la déchirure d'un pédicule vasculaire les femmes feront appeler plus rapidement le médecin en raison de la gravité immédiate de la lésion et l'allure de la complication qui est parfois foudroyante.

L'hémorragie pourra dans ce cas se compliquer d'un hémopéritoine qu'il ne faut pas méconnaître afin d'intervenir au plus tôt par voie haute.

Les formes bénignes seront plus tardives. Il s'agira alors de pelvi péritonite ou de phlegmon du ligament large dont le toucher permettra de faire aussitôt le diagnostic.

Le Pronostic

Le pronostic des perforations utérines faites au cours de manœuvres abortives sera très réservé en raison de l'impossibilité dans laquelle on se trouve de connaître la façon dont a été exécuté l'acte criminel.

Dans huit cas sur dix, l'asepsie aura fait totalement défaut. Si l'on ajoute à cela la possibilité de lésions intestinales associées, le retard de la malade à consulter le médecin et la difficulté du diagnostic, on imagine combien il sera difficile d'établir un pronostic. Cette difficulté est d'autant plus grande si l'on songe, qu'abandonnée à elles-mêmes, ces perforations utérines aboutissent à la guérison vraie dans 33 % des cas. Il en est cependant, et les observations (N° XIII, XXI, XXII), en sont des témoins, où l'appel trop tardif du chirurgien entraîne des complications au-dessus des ressources de la thérapeutique (Septicémie puerpérale, gangrène utérine).

Dans certains cas exceptionnels on a pu voir la perforation favoriser une migration plus ou moins complète de l'œuf et, pendant un temps assez long, la grossesse a pu continuer dans ces conditions. Nous rappellerons à ce propos les très rares observations suivantes :

HARTEMANN et Mlle LACOUR ont rapporté un fait curieux de perforation utérine de la région isthmique, à travers laquelle l'œuf de trois mois paraissait avoir fait sa migration. Cette observation d'ordre exceptionnel ne résoud d'ailleurs pas la question quant à l'origine de la per-

foration qui était dûe vraisemblablement à une manœuvre abortive du début de la grossesse (non avouée par la malade).

Dans une autre observation non moins curieuse. E. BISHKOW, rapporte un fait voisin du précédent :

OBSERVATION N° IX

(BISHKOW)

GROSSESSE ABDOMINALE CONTINUANT A EVOLUER QUATRE MOIS APRES UNE PERFORATION UTERINE

Il s'agit d'une femme de 25 ans qui 4 mois après des manœuvres abortives faites avec une sonde intra-utérine, fut prise de douleurs brusques au niveau du rectum avec vertiges et nausées. La malade fut examinée sous anesthésie à l'éther. Le col utérin était ferme, l'utérus mobile, un peu augmenté de volume. *L'hystérectomie* révéla l'existence d'une perforation utérine.

Opération : A l'ouverture du péritoine on trouve une grande quantité de caillots sanguins et de sang liquide ; ceux là enlevés et celui-ci épongé on découvre un fœtus de 5 mois au milieu des anses grêles. Ovaires et trompes normaux. *Le fœtus* était rattaché à l'utérus par son cordon ombilical ; celui-ci venait s'implanter au niveau d'une masse spongieuse, (une orange), qui émergeait d'une perforation occupant le fond de l'utérus. Cette masse n'était autre chose que le placenta qui avait encore conservé une attache à l'endomètre. BISHKOW fit une hystérectomie subtotale en laissant en place les annexes. Guérison.

La tentative d'avortement avait eu lieu à 4 semaines ; il en était résulté une perforation primitive ou secondaire par nécrose. Par la perforation le produit de conception avait été expulsé dans la cavité péritonéale. Une partie du placenta s'était engagé dans l'orifice et avait fait issue dans la cavité péritonéale ; une autre partie, restée adhérente à la muqueuse utérine avait assuré la vie de l'embryon. Dans la cavité péritonéale, fœtus et placenta

s'étaient entourés d'une sorte de membrane fibrineuse. C'est la rupture de cette sorte de poche qui avait donné lieu aux accidents qui amenèrent la malade à consulter.

D'autre part, il faut savoir que si la mort n'a pas suivi immédiatement le choc traumatique consécutif à l'hémorragie foudroyante, à la péritonite suraigüe, à la septicémie tardive, elle peut survenir à la suite de diverses complications qui seront *précoces* : comme les hémorragies cataclysmiques, les endométrites gangréneuses disséquant, les phlébites ou péritonites à marche rapide ou *tardives*.

Dans ces derniers cas, il s'agit le plus souvent de perforations partielles ou totales de la région isthmique ou de traumatisme ayant intéressé la zone de la charnière de Hégar, qui semblent s'arranger tout d'abord d'eux-mêmes, mais que peuvent donner lieu à des complications tardives que nous envisagerons plus loin à l'occasion de l'étude du pronostic éloigné des perforations utérines.

Quoi qu'il en soit le pronostic immédiat commande les plus extrêmes réserves, l'affection étant toujours très grave et l'avenir de la malade dépendant à la fois de la précocité du diagnostic et de la conduite adoptée.

CHAPITRE TROISIEME

LES PERFORATIONS UTÉRINES AU COURS DES MANŒUVRES THÉRAPEUTIQUES

Très différente de la perforation utérine au cours de l'avortement criminel, la perforation due aux manœuvres thérapeutiques se distingue spécialement par son étiologie, ses allures cliniques, et sa thérapeutique.

Etiologie

Les perforations au cours de l'avortement criminel et les perforations au cours de manœuvres thérapeutiques se produisent dans des conditions totalement différentes. Dans le premier cas des manipulations hatives provoquent la perforation sans qu'aucun soin préalable de propreté élémentaire ait été pris et sans qu'aucune injection antiseptique ait précédé l'intervention.

L'ustensile est ramassé n'importe où, tiré d'une poche ou d'un recoin quelconque et utilisé sans autre précaution. Comment dans ces conditions la perforation ne serait-elle pas infiniment septique et l'ensemencement effectué n'aurait pas le caractère d'une virulence extrême ?

Par contre, les perforations qui se produisent au cours de manœuvres thérapeutiques sont effectuées à l'occasion d'une opération préparée avec minutie. Ces instruments sont stériles, les voies génitales ont été préalablement aseptisées et désinfectées à l'alcool iodé.

La vaccination a été souvent pratiquée préventivement par voie sous-cutanée ou même localement, à l'aide de mèches imbibées de filtrat-vac-

cin, notamment lorsqu'il règne le moindre doute d'infection.

Dans ces conditions, la perforation, s'il en survient une, se produit sur un terrain le plus souvent aseptique, résistant et parfaitement disposé à se défendre contre tout ensemencement microbien.

De plus, comment ne pas faire remarquer dans les deux cas la qualité différente des opérateurs et du milieu opératoire ? Dans ces conditions, si la perforation a lieu elle est généralement due à autre chose qu'à l'inexpérience de l'opérateur.

L'étiologie, des perforations utérines effectuées au cours de manœuvres opératoires, doit être tout d'abord attribuée : 1° à des *prédispositions d'ordre anatomique*.

Dans la plupart des observations de la littérature, nous avons en effet relevé que, des anomalies de position, de développement ou de constitution étaient à l'origine des perforations utérines des manœuvres thérapeutiques.

Si les perforations utérines sont rares dans les malformations congénitales, *utérus bicornes*, *didelphes*, elles sont plus fréquentes lorsqu'il s'agit d'*antéflexions* ou de *rétroflexions* qui peuvent avoir été mal redressées au moment où le curetage a été pratiqué (Obs. N° XXXV).

La curette ou plus souvent la bougie entre en contact avec *une portion isthmique* qui, en raison de la gravidité est ramollie, moins résistante et devient le lieu d'élection de la perforation (Obs. N° XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX).

Les antéversions et les rétroversions n'offrent quelque danger que si l'utérus est fixé par *des adhérences*, son abaissement s'effectuant fort difficilement dans ces cas.

2°) *Les anomalies prédisposant aux perforations peuvent être également d'ordre pathologique.* C'est ainsi que la multiplicité des fibromes peut rendre des utérus anormalement friables qui, favorisent les productions de perforation même au cours de curettages prudents (PAUCOT).

Les fausses routes anciennes, ou perforations incomplètes faites au cours de curettages antérieurs, peuvent persister sous formes de « *géodes* » uniquement tapissées par du péritoine et sont une cause possible de perforation (GUYOT et VILLAR, GUEULLETTE).

Les utérus friables, *cancéreux* peuvent être perforés soit au cours du *curettage biopsique* (PAUCHET, BARDON et MATEY-CORNAT), soit au cours du curettage (BEGOUIN) qui précède la *pose du tube de radium*.

La perforation peut se voir dans des cas de tuberculose utérine (WEBER).

ANDRE a publié le cas d'un utérus perforé pendant un curettage pour une simple métrite. Il y avait une zone congénitalement aminci du fond utérin où la muqueuse voisinait avec le péritoine (Obs. N° XXXV).

3°) *Les prédispositions à la perforation peuvent être d'ordre physiologique.* Ces prédispositions se voient dans ces *utérus hypotoniques* et sans consistance qui exigent une délivrance manuelle au cours du post partum.

Quelques cas de ces perforations sont rapportés par KELLER, TRILLAT et BOUILLET, FERRARI (obs n° XLVII - XLIX et L).

Enfin nous devons citer ces «*utérus-chiffon* » infectés, en rétention qui ont subi déjà plusieurs fois des manœuvres abortives : On est appelé à pratiquer un curettage d'urgence en raison d'une hémorragie due à leur inertie. Le curage digital serait assurément mieux indiqué, mais la dilatation ne le permet pas et la bougie ou la curette introduite file très loin, ne rencontre aucune résistance apparente et l'utérus est perforé.

A côté des perforations dues aux malformations et aux prédispositions de l'utérus il en existe encore qu'il faut attribuer : 4° *l'instrumentation utilisée*.

L'acte thérapeutique peut varier, en effet selon qu'on se sert d'une curette, d'un *hystéromètre* d'un *forceps*, d'un *embryotome*.

C'est en général au cours du curettage et de ses différents temps que la perforation s'accomplit.

L'hystéromètre peut être un instrument dangereux lorsqu'on s'en sert pour mesurer la profondeur de l'utérus avant de pratiquer un curettage. C'est ainsi qu'il peut perforer les parois ramollies d'un utérus abortif sans que l'on sente la moindre résistance (ROCHE).

Les bougies côniques, plus encore que *les bougies de Hégar*, sont dangereuses à manipuler lorsqu'il faut faire une dilatation extemporanée et que le temps presse. La perforation à l'aide de ces bougies passe souvent inaperçue, car la pression continue s'exerce tout le temps de l'introduction

et de la progression de l'instrument. (LE LORIER, LARRIBERE, Obs. N° XLII).

Elles peuvent créer des *fausses routes* au niveau de l'orifice interne à cause de l'imbibition gravidique. (Obs. XXIV à XXXI).

Les *bougies de Hégar* peuvent déterminer une déchirure ou plus exactement un « *éclatement* » de l'isthme plus ou moins important, que les dents de la pince de Museux (si d'eux d'entre elles mordent la muqueuse interne de l'orifice cervical) peuvent amorcer.



FIGURE VIII

(D'après DESOUBRY)

Eclatement ou Déchirure de l'Isthme

La fréquence et le danger de ces éclatements du col par bougies, ont été mis en évidence par d'ALLAINES (1931) COTTE (1927), LABRY et LYONNET (1931), GUEULLETTE (1932) et SCHWAAB (1932).

Dans ces cas la dilatation a été tout d'abord difficile et, après avoir rencontré quelque résis-

tance on s'aperçoit subitement que les bougies passent désormais sans difficulté aucune. Si l'on fait un toucher au travers du col on peut alors fort bien percevoir la fissure longitudinale qui vient d'être créée ; comme le dit si bien METZGER dans ces cas, « *on ne dilate pas un col utérin, on le déchire* ».

Si la flexion utérine n'a pas été suffisamment corrigée avant la dilatation, la bougie surtout si elle est petite ou conique peut aller transfixer la région isthmique ramollie. C'est là en effet que siège la plupart des perforations par bougies (Obs N° XXVII).

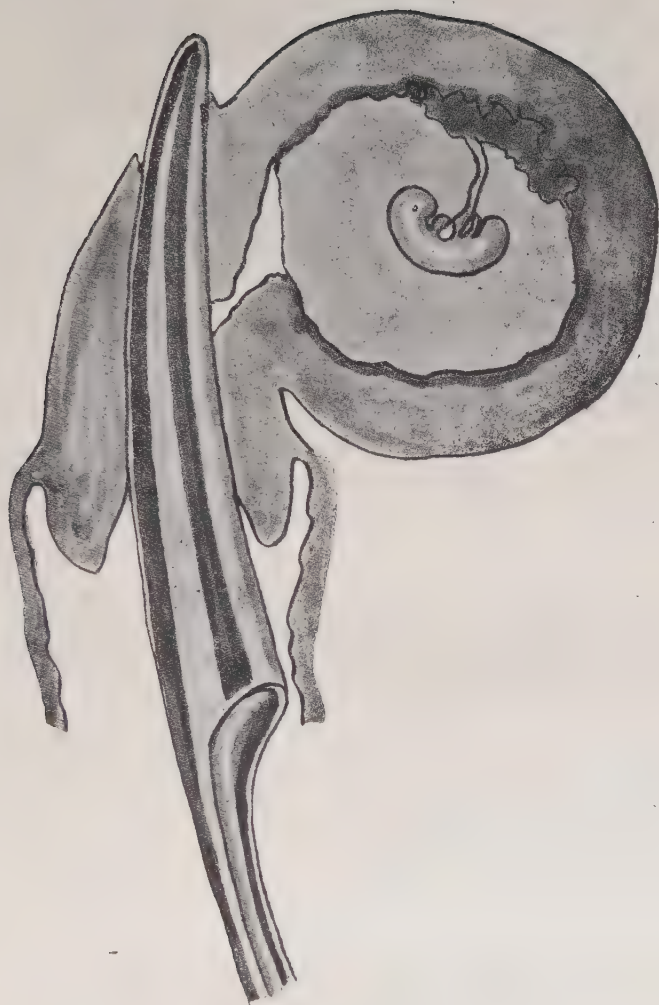


FIGURE IX

Perforation de l'isthme par bougie conique :
La flexion utérine étant mal redressée.

Rarement, sauf s'il s'agit de grossesses très jeunes la bougie ira perforer le fond utérin.

Les lamineuses peuvent au cours de leur mise en place dans un utérus anté ou rétrofléchi créer des perforations semblables à celles des bougies. Elles peuvent même perforer l'utérus pendant leur imbibition, si elles sont en contact trop étroit avec une paroi utérine ramollie (Obs. N° XXXII).

Le curettage lui même est assurément la cause principale de perforations. La grosse curette mousse de WALLICH qui n'est en somme qu'une « rallonge ajoutée au doigt », sera la moins incriminée dans ces méfaits, car le curettage « obstétrical » qu'elle permet d'exécuter, est doux, sans brutalité et, de ce fait, inoffensif.

C'est surtout la petite curette tranchante, si utile quelquefois dans des utérus peu dilatés par exemple, ou dans des régions difficilement accessible à la grosse curette, qui sera le plus souvent la grande responsable des perforations pendant le curettage. La recherche du « cri utérin » avec un tel instrument, n'est pas sans offrir un réel danger, car on ignore toujours l'état et la résistance des tissus sous-jacents.

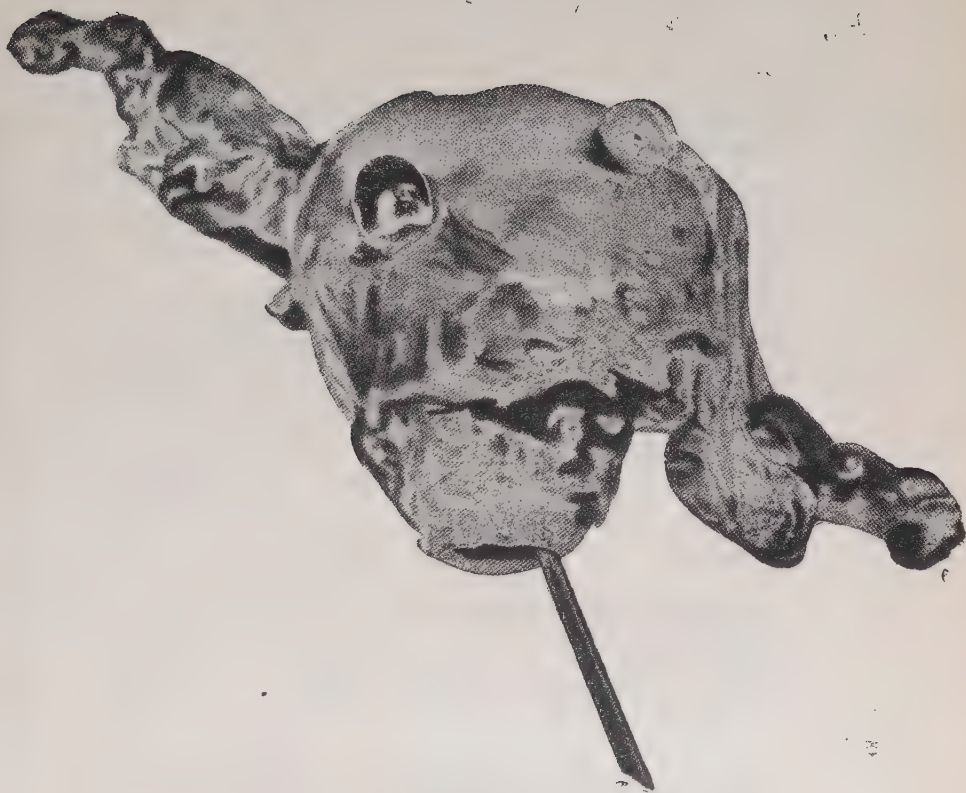


FIGURE X

Perforation utérine par la petite curette tranchante

Les perforations faites au moyen de cette curette ainsi qu'avec la petite curette tranchante d'AUVARD, peuvent siéger au niveau de l'isthme si la flexion pré-existante n'a été qu'imparfaitement corrigée. Elles siègent plus particulièrement sur le fond utérin près d'une corne. Elles peuvent aussi se voir sur une face antérieure ou postérieure selon la version de l'utérus. (Obs. N° XXXIII et XXXIV).

Lorsque le curettage a été pratiqué sans incident il est bien rare qu'il survienne des compli-

cations et, si au cours d'un tamponnement (KELLER), ou d'une injection intra-utérine consécutive (Obs. N° XXIII), on s'aperçoit que l'instrument dépasse les limites possibles, on doit se demander si la curette plus mordante n'est pas à incriminer.

La plupart des perforations s'observent, en général, soit avant le curettage proprement dit, c'est-à-dire pendant la dilataction aux bougies (nous venons d'en expliquer le mécanisme), soit à la fin du curettage lui-même, (ce qui est d'un bon pronostic malgré tout, parce que l'utérus débarrassé des débris placentaires, revient aussitôt sur lui-même).

C'est dans ces conditions que lorsqu'on veut introduire la petite curette pour faire des révisions, l'orifice cervical interne ayant diminué son calibre, on est tenté de forcer à ce moment en raison de cette résistance inattendue, et c'est alors que l'orifice interne se relachant brusquement, la curette peut aller transfixer le fond utérin.

L'utilisation de la pince à faux germes (Obs. N° XL et XLI), de la pince de Winter (ROTH), des applications de forceps, ou des embryotomies ont occasionné des perforations utérines, mais ce sont là des faits beaucoup plus rares que les précédents et nous n'y insisterons pas davantage.

L'utérus est très sensible au contact prolongé des instruments qui semblent le moins dangereux. Parmi les agents thérapeutiques susceptibles exceptionnellement de perforer l'utérus nous devons citer également le *drain de caoutchouc en T* introduit dans l'utérus dans un but de drainage.

VANVERTS a signalé un cas de ce genre qui s'est terminé par une pelvi-péritonite après perforation.

Anatomie - Pathologique

Nous avons vu en étudiant les perforations au cours de l'avortement criminel, les différentes variétés de perforations : complètes, incomplètes ou compliquées. Nous n'y reviendrons ici que pour passer en revue leurs caractères distinctifs.

On peut rencontrer des éclatements : « quand un col au cours d'une dilatation atteint la limite de son élasticité, de sa capacité de distention, il est très certain qu'il éclate toujours latéralement. Plus ou moins étendu et remontant plus ou moins sur l'utérus, cette fissure isthmique en facilitant l'ouverture du canal cervical peut être très dangereuse ». Un hématome résulte parfois de cet éclatement. Secondairement cet hématome se résorbera, s'infectera ou provoquera une cellulite pelvienne. (Figure VIII page 83).

D'une façon générale les lésions de l'utérus sont peu importantes, car, la paroi transfixée avec la curette ou la bougie, l'opérateur cesse le plus souvent toute manœuvre et retire avec prudence son instrument.

On a vu plus haut, que dans certains cas les perforations utérines étaient compliquées de lésions viscérales surajoutées. En réalité ces lésions multiples sont rares. Elles s'observent dans le cas de ramollissement excessif de l'utérus, curetté et tel qu'on peut le comparer à un chiffon : « Utérus chiffon ». Il s'agit souvent dans ces cas d'utérus en début d'infection, au stade sub-infection et de ce fait, d'autant plus dangereux.

La perforation se produit parfois sans que la moindre sensation soit perçue par la main de l'o-

pérateurs : la curette exécute ensuite son travail au milieu des anses intestinales, de l'épiploon, des vaisseaux mésentériques en les décollant, les déchirant, les perforant et agrandissant chaque fois un peu plus la brèche primitive. (Obs. N° XVII).

Ce sont ces manœuvres qui contribuent non seulement à déchirer les viscères environnants et aussi et surtout à ensemençer la cavité péritonéale.

Les lésions viscérales constatées sont multiples : Depuis la contusion simple des anses intestinales et des tissus abdominaux pelviens jusqu'à la déchirure et à l'arrachement : toute la gamme des traumatismes peut s'observer.

Tantôt l'anse intestinale est le siège d'une perforation simple, tantôt l'anse est traversée, déchiquetée. Le grêle peut être arraché au niveau de la valvule iléo-cœcale (HELMAN) (Obs. n° XLVI). Ces lésions sont généralement situées sur l'iléon, l'S iliaque et enfin le côlon.

L'appendice a pu dans certains cas être saisi au moyen de *pince à faux germe* et a été ainsi amené dans le vagin à travers l'utérus. (BRINDEAU). (Obs. N° XXXI).

Parfois l'anse a été entraînée par la curette et a pénétré en coin dans la perforation formant un V dont l'extrémité plonge dans l'utérus, le vagin ou même apparaît à la vulve (ROUHIER).

L'épiploon enfin et la vessie peuvent être également lésés, perforés et entraînés dans l'orifice de perforation (MOIROUD, GUEULLETTE).

La Clinique

En pratique courante le cas clinique se présente au Médecin dans des conditions tout à fait différentes de celles où se trouve la malade atteinte de *perforation utérine criminelle*.

Ces traumatisées demandent le secours du Médecin quand la complication a déjà éclaté : la *fièvre*, la *douleur*, l'*hémorragie*, voire une issue d'anse intestinale. Le diagnostic est évident ou non. Le mensonge complique souvent l'enquête. L'infection domine parfois le tableau, la perforation n'est pas toujours dépistée, le diagnostic peut errer, retardant ainsi l'acte thérapeutique nécessaire.

AU CONTRAIRE il n'en est pas de même dans le cas de perforation au cours du curettage ou d'une manœuvre thérapeutique quelconque. Le diagnostic est immédiatement posé par un chirurgien prudent et la conduite ultérieure que nous aurons à envisager plus loin en découlera tout naturellement.

Mais voyons d'abord la série des signes observés au cours d'un pareil accident.

On peut les diviser schématiquement en signes *immédiats*, *précoces* et *tardifs*.

I. — LES SIGNES IMMEDIATS

Parmi les signes immédiats, nous placerons au premier plan la brusque pénétration de l'instrument au-delà des limites de l'utérus. Sensation imprévue, angoissante qu'accuse le praticien lorsque, subitement, sa curette dépasse de toute évi-

dence, le fond de la cavité utérine. Cette sensation, nous l'avons vu plus haut, n'est cependant pas toujours perçue aussi nettement. Elle peut parfois faire défaut, lorsque l'on a affaire à un de ces « utérus chiffon » dont il était question plus haut.

L'erreur consistait ici à vouloir se rendre compte des dégâts et à explorer à nouveau la brèche. Elle peut consister aussi dans le fait du retrait brusque de l'instrument, ce qui, dans certains cas, fut la cause d'apparition d'anses intestinales à la vulve et de gros délabrements internes.

A ce moment en effet, la méthode la plus prudente d'investigation consiste à déprimer doucement la paroi abdominale avant de songer à retirer la curette pour se rendre compte, surtout si l'adiposité n'est pas excessive, d'un contact anormal et trop superficiel de l'instrument. La curette sera ensuite retirée très prudemment.

Les autres signes immédiats peuvent faire défaut si la malade est anesthésiée. Ils sont précieux cependant si le curettage est fait à une malade éveillée. Quoiqu'il en soit, comme il est plus fréquent de pratiquer le curettage sous narcose, c'est au moment du réveil de la malade ou dans les heures qui suivront que les autres symptômes se manifesteront. Ce sont les *douleurs*, l'*hémorragie*, les *vomissements* et les *modifications de son état général*.

Un des signes précoces et significatifs que l'on rencontre parfois après ces traumatismes, consiste en une douleur intense en coup de poignard, à localisation utérine. Souvent cette douleur est moins aiguë, dans quelques cas elle a même pu

faire absolument défaut au moment de la perforation (WEBER).

Enfin cette douleur a souvent des irradiations lombaires et épigastriques déterminant une véritable « barre épigastrique » décrite par maints auteurs.

L'hémorragie, après un curettage peut-être un signe très trompeur, car, si elle accompagne une perforation elle peut être confondue avec une rétention placentaire et l'erreur capitale consisterait à tenter d'un coup de curette de vouloir enlever ce qui reste.

Aussi pensons-nous que doit être considérée comme suspecte toute hémorragie qui survient après un curettage minutieux et nous ne saurions encore recommander de tenter de mettre un doigt explorateur dans la cavité utérine si le col le permet.

Cette hémorragie est d'autant plus suspecte qu'elle accompagne presque toujours la perforation utérine, mais avec une intensité plus ou moins grande : elle varie du suintement léger à l'hémorragie abondante. Elle est rarement inquiétante.

Cependant, cette hémorragie externe peut être accompagnée, dans certains cas exceptionnellement dramatiques de la rupture d'un gros tronc artériel, d'une hémorragie interne, profuse, cataclysmique avec état syncopal qui rappelle celui de la grossesse extra-utérine rompue (BODELIN VILLAR).

Les vomissements accompagnent souvent la douleur c'est le réflexe du péritoine qui vient d'être traumatisé et ce tableau est souvent accompa-

gné des modifications de l'état général.

En même temps, le visage devient anxieux, douloureux, les yeux se cernent et le pouls se précipite et se ralentit tout à coup, comme dans les cas de choc abdominal.

II. — *LES SIGNES PRECOCES*

Lorsque deux ou trois heures ont passé, la symptomatologie générale des perforations change subitement. Dans certains cas, le facies péritonéal frappe : non seulement les vomissements continuent mais ils deviennent verdâtres. L'arrêt des matières et des gaz est souvent de règle.

La douleur lorsqu'elle se manifeste nettement peut encore persister localement, elle se propage dans la région ombilicale et épigastrique, gagne peu à peu l'abdomen en conservant son maximum d'intensité dans la région péri-utérine.

L'examen peut déceler une diminution de la respiration abdominale.

La palpation de l'abdomen révèle outre une défense plus ou moins nette de la région sous ombilicale, une douleur exquise dans la zone médiane.

Dans d'autres cas, la douleur est simplement perçue à la palpation, elle demeure au second plan des signes observés et reste très atténuée, à peine nettement localisée. Les vomissements subsistent quelque temps pour disparaître après 12 à 24 heures. Dans ces formes à peine estompées, que le traitement médical soulage et guérit si vite, on se demande souvent après coup si réellement il y a eu perforation.

III. — LES SIGNES TARDIFS

Ce sont les signes que l'on trouve 48 ou 72 heures après une perforation utérine, lorsque la perforation a été méconnue et que seul le traitement médical a été institué.

Ils varieront selon la gravité de l'accident et l'importance des lésions.

A) — Amélioration

Dans cette éventualité la malade va nettement et rapidement mieux. La température baisse rapidement, le pouls redevient normal, les vomissements se sont taris, la douleur locale a disparu totalement ou presque, à peine si la palpation permet parfois de la déceler.

B) — Complications

Lorsque la situation se complique, le tableau est rapidement différent : la température atteint 39 et 40°. Le pouls bat à 120 et davantage, le facies se plombe. L'arrêt des matières et des gaz persiste et s'aggrave pendant que les vomissements deviennent verdâtres. La respiration abdominale est totalement suspendue, le ventre est de bois. En même temps, la douleur se généralise à tout l'abdomen. On est en pleine période de *péritonite aiguë*.

Parfois les signes généraux ne présentent pas une aggravation aussi rapide, notamment lorsque la malade est au repos la glace sur le ventre. Le pouls seul accélère son allure, avant toute autre manifestation, et cette accélération nous paraît suffisante pour conseiller l'intervention avant qu'il ne soit trop tard. (Obs. N° XLIV).

Dans certains cas, les signes de *septicémie* puerpérale dominant le tableau. Des frissons répétés se succèdent la température brusquement très élevée peut faire penser à un accès palustre ; mais l'hémoculture qu'il ne faut pas manquer de faire dans ces cas révélera parfois une streptococcie pure ou associée à d'autres microbes.

L'utérus septique entrant en communication avec le péritoine aura dans ce cas ensemencé la cavité.

Enfin, les *signes hémorragiques* peuvent aggraver cette symptomatologie ; en général cependant, il s'agira d'une hémorragie interne insidieuse et lente se révélant sous la forme d'une hématocele et pouvant secondairement se transformer en pelvi-péritonite. Les hémorragies internes demeurent d'une rareté exceptionnelle.

L'évolution des signes cliniques des perforations utérines abandonnées à elles-mêmes est donc infiniment variée et on comprend que devant la bénignité de certaines d'entre elles et la gravité de certaines autres, les attitudes thérapeutiques les plus diverses aient été préconisées.

Nous les envisagerons après l'étude du diagnostic et celle du pronostic que nous allons entreprendre maintenant.

Diagnostic

Nous avons souligné la difficulté du diagnostic dans les perforations au cours de l'avortement criminel.

Dans le cas de perforation pendant le curettage, ce diagnostic est habituellement plus facile à faire puisque, le plus souvent, l'impression est aussitôt enregistrée par le praticien, dont l'instrument s'enfonce brusquement dans la cavité abdominale sans rencontrer d'obstacle.

Le diagnostic reposera ici, suivant le moment où il sera posé, sur les symptômes suivants :

1° La sensation de *pénétration anormale de l'instrument* ;

2° La *douleur, parfois* intense, qu'accuse la malade dès son réveil, douleur spontanée et provoquée ;

3° *L'hémorragie* dont l'importance peut varier selon les dégâts, mais très difficile à interpréter ;

4° *Les vomissements* ;

5° *Le faciès et l'état général.*

Le diagnostic de perforation de l'utérus au cours de manœuvres thérapeutiques, semble donc facile à faire. Mais *deux erreurs peuvent être commises* :

La première consiste à croire, au cours d'un curettage pratiqué pour rétention placentaire consécutive à un avortement provoqué que l'on est l'auteur de la perforation, alors qu'en réalité on ne fait que franchir le trajet antérieurement

créé par un tiers au cours des manœuvres abortives. Dans ce cas, la perforation existait déjà, mais était passée jusque là, inaperçue. La douleur manquant d'intensité, a pu, de ce fait, être imputée à des tranchées expulsant les débris placentaires ; et l'hémorragie avait pu être également mise sous le coup d'une rétention ovulaire. Il est important de faire à ce moment, le diagnostic précis de l'étiologie de la perforation, pour décider aussitôt de l'orientation à donner à la thérapeutique. Comme on peut le penser, en effet, en face d'une telle éventualité le pronostic et le traitement sont tout différents de ce qu'ils pouvaient être lors d'une perforation récente dans un utérus non septique.

La deuxième erreur consiste à croire à une perforation qui, en réalité, *n'existe pas*.

Voici, à ce propos, en quels termes, A. BASSET, au début des discussions engagées sur les perforations utérines à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris en 1931, mettait en garde contre cette méprise :

« Qu'au cours de la dilatation ou du curettage,
 « l'instrument s'enfonce brusquement avec ou
 « sans ressaut à une profondeur qui paraît anor-
 « male et inquiétante, cela ne constitue pas une
 « raison, à soi seule suffisante, pour affirmer que
 « l'utérus vient d'être perforé. Il existe de grands
 « utérus dont l'isthme, après avoir d'abord ré-
 « sisté à la dilatation, se laisse forcer brusque-
 « ment, permettant à la bougie dilatatrice, si elle
 « n'est pas retenue, de pénétrer tout d'un coup
 « presque entière, dans une cavité utérine agran-
 « die. Dans d'autres cas, comme l'a écrit GUE-
 « NIOT, la paroi utérine, molle et flasque, se lais-

« se refouler par les instruments. Il y a donc ce
« que l'on a appelé, *les fausses perforations uté-*
« *rines* ».

Cet accident se produit en réalité lorsque l'utérus n'est pas en travail, donc sans contraction et sans tonicité. La curette entre en contact avec la zone d'insertion placentaire appelée encore par ROKITANSKI « Zone paralytique ». L'instrument ne rencontrera pas d'obstacle devant lui, car le muscle à cet endroit, peut se laisser follement distendre et c'est ce qui a fait donner à cet accident, par DOLERIS, le nom « *de fausse perforation* ». Cela explique le fait que beaucoup d'opérateurs croient avoir perforé l'utérus, alors qu'ils n'ont fait qu'appuyer un peu fort sur cet emplacement extrêmement dépressible. Cela explique aussi la fragilité toujours très grande à ce niveau, du tissu utérin et la facilité de la perforation par un hystéromètre ou une mince curette.

Et logiquement n'est-on pas en droit de se demander, dans les cas, où le doigt n'est pas allé contrôler la fausse route et si la malade a guéri par l'abstention, s'il s'agissait bien d'une perforation. Et nous ne pouvons pas ne pas penser avec émotion au cas de WULFF et *aux cinq observations qu'il rapporte*, semblables à la sienne, dans lesquelles *l'hystérectomie vaginale* fut pratiquée, car *on croyait à une perforation utérine* : l'examen des pièces, *montra qu'il n'en était rien*. Dans ces cas l'hystérectomie vaginale s'est montrée une fois de plus comme une intervention inutilement mutilante et c'est ce qui la condamne ici.

Au surplus, nous ne voulons pas nous étendre outre mesure, sur la question *des fausses perfora-*

tions. Pour en terminer sur ce point de discussion de diagnostic différentiel, qu'il nous soit permis de rapporter ici, l'observation qui nous a été obligeamment communiquée par M. le Dr. DOUAY : elle prouve une fois de plus, la difficulté du diagnostic lorsqu'il s'agit de femmes infectées, d'utérus mous à parois sans tonicité, permettant une confusion avec la perforation utérine réelle,

OBSERVATION X (Inédite)

*FAUSSE PERFORATION UTERINE. HYSTERECTOMIE.
DECES*

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans présentant une infection septicémique avec rétention d'un œuf complet de 3 mois. Manœuvres intra-utérines faites 6 jours avant par la malade elle-même, avec approbation du mari.

Le jour de l'entrée à l'hôpital grand frisson, température à 41°. Utérus mou, col fermé.

Opération d'urgence le 11 Juillet 1932 (Dr. St. Pierre Chef de Clinique). Dilatation aux bougies de Douay au 1/3 de mm. début de curettage, puis sensation de perforation utérine avec la curette.

Laparotomie immédiate (Dr. Douay). Incision médiane : l'utérus est intact, non perforé ; il est mou, pâle ; un peu de liquide clair dans le Douglas. Hystérectomie subtotale basse en écrasant le col dans une pince de Mousseux pour que le péritoine ne soit pas souillé.

Hystérectomie très facile, faite très rapidement. On laisse un drain dans le Douglas.

EXAMEN DE LA PIECE. — L'utérus contient une masse placentaire grisâtre — pas de perforation utérine.

SUITES. — Amélioration le lendemain. Température 39° pas de frisson. Après 48 heures : péritonite généralisée.

2ème intervention pour large drainage au Mickulicz. Mort le soir même : 15 juillet.

Pronostic

Le pronostic des perforations utérines au cours des manœuvres thérapeutiques est généralement bon. Il est, en tout cas, meilleur et de beaucoup, que le pronostic du aux manœuvres criminelles.

La première raison de la bénignité relative de ce traumatisme grave provient du fait que l'intervention a été faite dans des conditions d'asepsie aussi rigoureuse que possible et les suites, quelles qu'elles puissent être, se trouvent de la sorte moins préoccupantes que dans le cas d'avortement provoqué pratiqué en dehors de tout centre chirurgical.

D'autre part, les conditions mêmes de l'intervention permettent d'éviter des accidents plus graves et de parer aux ennuis possibles en utilisant immédiatement les moyens dont dispose le milieu même dans lequel on opère.

A ces deux raisons s'en ajoutent bien d'autres.

L'utérus se trouve perforé, la conduite immédiate de l'opérateur permettra d'éviter le pire en usant aussitôt *de prudence* et de *douceur*. Du calcul et de la décision dont il fera preuve, pourra dépendre l'avenir même de la malade. C'est ainsi qu'il devra, tout d'abord, comme nous le disions plus haut s'assurer par un palper abdominal prudent, de la réalité de la perforation.

Aucune tentative de retrait brusque de la curette ne devra succéder à cette première impression.

Au contraire après l'inspection méthodique des conditions dans lesquelles s'est effectuée la per-

foration, après une palpation prudente de l'abdomen, on ne retirera la curette qu'avec d'infinies précautions, au besoin après avoir mis la malade en Trendelenburg pour diminuer en quelque sorte les chances de la pesée intestinale et de l'arrivée des anses entre l'utérus perforé et le bec de la curette qui va rejoindre son orifice de sortie. De ce retrait prudent dépendra le pronostic dont la gravité découlera de la conduite immédiate qui aura été tenue.

Il faudra en outre, se garder de retirer la curette lorsque la résistance augmentera avec l'essai du retrait. Peut être une anse intestinale fait-elle obstacle et se trouve-t-elle déjà engagée ou accrochée. Mieux vaudra dans ce cas, adopter *l'expectative* et la *laparotomie* que l'extraction bâtive et dangereuse de l'instrument.

Le pronostic immédiat découlera en somme, de ces divers facteurs : *asepsie, prudence, arrêt immédiat de toute manœuvre aveugle ou forcée*

Il est bien évident que le pronostic se trouvera singulièrement aggravé lorsqu'on apercevra à l'orifice de perforation des *éléments épiploïques* ou *d'anse intestinale* ou de *muqueuse vésicale*. Ces constatations faites, le pronostic immédiat va désormais résulter de la conduite tenue et de la décision adoptée.

G. COTTE pense que, dans ces conditions, neuf fois sur dix, les choses évoluent spontanément vers la guérison quand rien n'apparaît dans les lèvres de la perforation. Acceptons ce chiffre comme très près de la réalité, mais méfions nous cependant durant le décours immédiat des évè-

nements. Et c'est la raison pour laquelle nous devons considérer que le pronostic sera d'autant meilleur que la malade aura été placée dans un milieu chirurgical où, à la moindre alerte, on pourra intervenir.

Souvenons-nous également que *si le fait de perforer est grave, méconnaître la perforation est bien plus grave encore*. Il faudra souvent chercher la perforation. Il faudra la diagnostiquer. L'avenir immédiat de la femme en dépendra.

Enfin, parmi les autres éléments, causes d'aggravations, nous devons citer *l'injection intra-utérine* qui, si elle a été faite après la perforation pourra assombrir le pronostic.

Citons enfin, le moindre danger couru par la malade lorsque la perforation est due non pas à la curette, mais à la *bougie dilatatrice* ou au *dilatateur mécanique*.

Avec ces instruments, les chances de coïncider les anses intestinales sont bien moindres et de ce fait, le pronostic s'en trouve encore moins assombri.

CHAPITRE QUATRIEME

LE TRAITEMENT

Ce chapitre comprendra deux parties bien distinctes : Dans la première nous ferons un exposé du *traitement prophylactique*.

Dans la seconde, nous étudierons le *traitement de la perforation constituée*.

Traitement Prophylactique

De toute évidence la meilleure prophylaxie consisterait à obtenir la suppression absolue des avortements criminels. Elle équivaldrait à supprimer du même coup, les perforations provoquées par des mains inexpertes, malhabiles, hésitantes ou trop pressées, pendant l'acte abortif. Elle réduirait, en même temps les risques de perforation à l'occasion du curettage, souvent nécessaire après ces manœuvres.

Mais la hardiesse d'une telle méthode dans l'état actuel d'évolution morale de nos sociétés, confine à l'utopie. Seul en effet, l'avortement légalement autorisé et organisé permettrait d'y aboutir et d'empêcher l'avortement criminel de provoquer des accidents au nombre desquels la perforation n'est pas le moindre.

C'est là une conception dont, pour longtemps encore, notre civilisation occidentale ne saurait s'accomoder, en dépit des crises économiques. Et tout récemment encore, en France l'Académie de Médecine consultée, vient de se prononcer par la négative sur ce point.

Il serait en effet intéressant de rechercher si, dans certains pays, où l'avortement est légalement autorisé, la proportion des perforations est la même que dans les pays où l'avortement est interdit.

Il est en effet vraisemblable que sur la totalité des femmes qui avortent, le déchet doit être moins élevé dans ces derniers pays que dans d'autres. Des statistiques bien expurgées et de bonne foi pourraient seules nous fixer sur ce point.

Dans *l'avortement criminel*, la *matrone* ou la *sage femme* agit vite. Elle se sent coupable, craint des complications pour la patiente ou pour elle-même ; l'asepsie est rapidement faite. Elle manque parfois totalement. L'instrument peut varier : il s'agit, nous l'avons vu, d'une *épingle*, d'un *crayon*, d'une *tige métallique*, d'une *sonde en gomme* ou même d'une *laminaire*.

Au préalable évidemment, personne ne s'est enquis de savoir s'il existait une *version*, ou une *flexion utérine* et comme il faut aller vite, on agit avec quelque brutalité et l'utérus est perforé. Il serait à souhaiter dans ces cas, que la douleur abdominale fût exactement interprétée et que la malade fasse appel immédiatement au médecin.

Malheureusement, cette douleur est trop souvent prise pour un signe de bon augure. La malade espère que l'avortement attendu va se produire, elle attend et les heures et les jours s'é-

coulent qui mettront sa vie en grand danger.

Dans tous ces cas, notre action n'a plus un but prophylactique. Elle devient purement curative.

Avant d'entreprendre un curettage, la prophylaxie de la perforation consistera en l'application de quelques principes de prudence.

Tout d'abord il faudra se rendre compte de la situation et de la conformation anatomique de l'utérus. Le toucher sera donc systématiquement pratiqué avant toute manœuvre intra-utérine. Il pourra ainsi, déceler un utérus en flexion, en version antérieure ou postérieure, ou une déviation latérale. Il donnera une notion exacte de la taille de l'utérus, et même parfois, si la malade est d'un palper facile, de l'implantation angulaire ou extra-utérine de l'œuf.

Le toucher fait, on saura comment redresser l'utérus et dans quelle direction enfoncer l'hystéromètre, les bougies ou les lamineaires.

Mais, au préalable, des petites précautions ne seront pas à négliger. Il faudra que la malade soit parfaitement rasée, le vagin passé à l'alcool-iodé, le champ opératoire perforé devra être assez grand. Ces soins d'asepsie, lorsqu'ils seront négligés, si une perforation se produit en cours de curettage, pourront être la cause de complications infectieuses ou péritonéales fort graves.

L'hystéromètre, s'il nous paraît être un instrument précieux pour évaluer la profondeur d'un utérus sain, normal semble plus dangeureux à manier dans un utérus gravide au cours ou après des manœuvres abortives. L'imbibition gravid-

que rend, nous le savons, l'utérus particulièrement friable.

Une simple pince à pansements ou *une bougie de Hegar* peut nous indiquer avec moins de danger la route et la profondeur utérine.

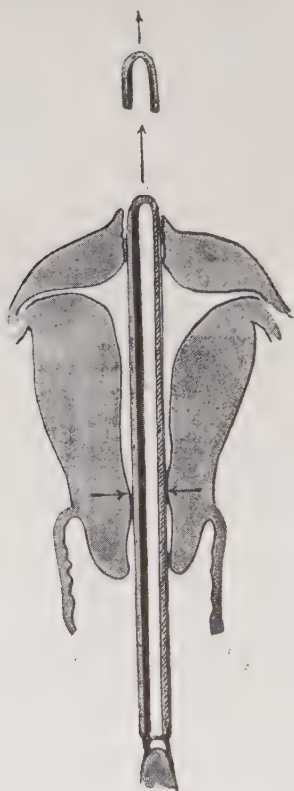


FIGURE XI
MECANISME DE LA PERFORATION
PAR LA BOUGIE DE HEGAR

La bougie de Hegar, perfore l'utérus et va brusquement droit devant elle après avoir transmis nettement à la main la sensation de la perforation. La pression de l'utérus ne se fait qu'en un point sur la bougie de Hegar au niveau de l'orifice interne.

Si l'on est dans l'obligation de faire une dilatation extemporanée il faut préférer *la bougie de Hégar* dont l'extrémité arrondie offre un contact moins traumatisant aux parois avec lesquelles elle entre en contact.

D'autre part, en raison de son diamètre identique sur toute sa longueur, *la bougie de Hégar*

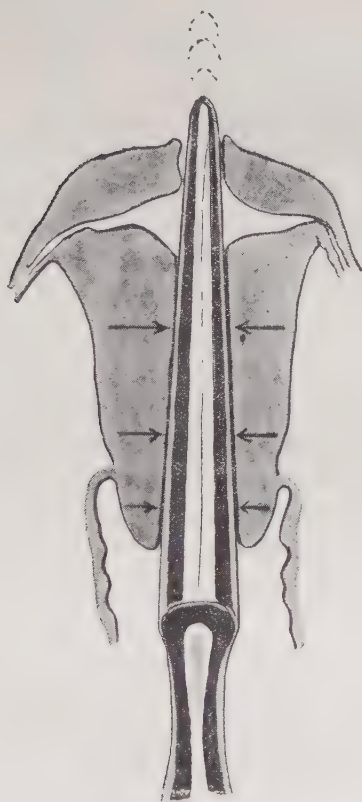


FIGURE XII
MECANISME DE LA PERFORATION
PAR LA BOUGIE CONIQUE

La bougie conique exerce des pressions sur tout le trajet à dilater. On comprend que la perforation puisse se produire sans que la main ait eu la sensation du vide : la curette enregistrera plus tard la perforation et sera incriminée.

transmettra la moindre résistance à la main du praticien. Il n'en est pas de même pour certaines *bougies coniques* qui, ont en effet, l'inconvénient de nécessiter une *poussée continue* qui peut masquer toute résistance anormale, de sorte que la perforation peut passer inaperçue. Combien de perforations imputables à l'utilisation d'un tel outillage et méconnues dans ce premier temps, ont été enregistrées aussitôt après par la curette qui fut à tort incriminée (Obs. N° XLII).

La dilatation, la moins dangereuse pour l'utérus si l'on n'a pas la main forcée par une hémorragie mettant la malade en péril, consiste à mettre en place *plusieurs laminaires* en faisceaux parallèles, selon la méthode bien décrite par METZGER.

Si la grossesse est de moins de deux mois, le vagin peu souple, le col encore résistant, c'est à la curette que l'on videra l'utérus 12 et même 24 heures après la mise en place des laminaires. Parfois il faudra même dilater au moyen de deux ou trois laminaires changées toutes les 8 à 10 heures pendant 24 ou 36 heures.

Si la grossesse est plus ancienne (3 à 4 mois), le vagin qui a subi lui aussi l'imbibition gravidique et le col qui s'est assoupli davantage permettent plus facilement le *curage digital* après une dilatation également au moyen de laminaires.

Le curettage devra être fait de préférence avec la grosse curette mousse de WALLICH ou celle de CUZZI. La révision des cornes s'effectuera à l'aide de la *petite curette mousse*, et si quelques débris semblent rester adhérents, une *curette tranchante* sera utilisée ; maniée avec précaution et

légèreté, elle n'occasionnera pas de dégâts.

Si le fœtus est en rétention dans la cavité utérine et paraît être d'extraction facile, nous évitons l'usage cependant inconsideré maladroit, ou aveugle, de la pince mouchette ou à faux-germe. Quelques désastreux résultats leur ont été attribués. (Obs. N° XL et XLI).

Le col pourra être saisi au moyen d'une pince de Museux sans inconvénient redoutable, mais cette pince ne devra en aucune sorte, empiéter de ses dents sur la lumière cervicale, ce qui pourrait entraîner une déchirure ou un éclatement du col.

Dans les rétroflexions la lèvre antérieure sera saisie par la pince de Museux.

Dans les antéflexions c'est la lèvre postérieure que l'on pincera. Les flexions seront ainsi facilement corrigées.

Pour le curettage lui-même, certains auteurs comme PETIT-DUTAILLIS, préconisent l'emploi d'une curette laveuse, large, mousse, non traumatisante et avec laquelle l'irrigation pratiquée à 50° fait le plus gros travail : décollement, puis évacuation des débris placentaires par le courant.

Cependant, il nous semble que si cette technique peut paraître excellente et rallier des suffrags, elle serait dangereuse à employer dans un utérus abortif dont on ignore l'intégrité absolue et dans lequel une perforation ou une fausse route a peut-être déjà été pratiquée. L'injection intra utérine est particulièrement contre-indiquée en effet dans ces cas.

SCHWAAB conseille une curette de son invention qui, bien que nous n'ayons pas eu l'occa-

sion de nous en servir personnellement, nous paraît fort judicieuse puisqu'elle peut pénétrer fermée dans l'utérus par un col à peine entr'ouvert. Une fois en place, un petit levier sur le manche lui permet de se développer et il ne reste plus qu'à pratiquer un curettage ordinaire, à refermer la curette pour ramener les débris ovulaires et à ressortir enfin l'appareil.

Ce procédé est sans doute pratique pour vider de toute urgence un utérus que l'on n'ose dilater.

Il conviendrait enfin de noter ici une technique fréquemment utilisée par notre ami le Dr. JAHIER et qui met l'opérateur pratiquement à l'abri de toute perforation. Lorsque l'utérus n'est pas en travail et que ses parois sont sans consistance, s'il faut faire un curettage pour terminer soit un avortement thérapeutique, soit un avortement provoqué par une matrone, la méthode de choix serait, au moment où la curette a franchi le col utérin, de faire contracter alors l'organe. Pour ce faire une *injection intra-utérine* chaude peut être utilisée, mais, mieux encore une *injection sous cutanée* de 1cc d'*ergotine*. Quelques instants après les parois sont *durcies*, forment un *plan résistant* et la curette peut ramener sans accident les plus petits reliquats ovulaires. Le col antérieurement dilaté par les bougies ou les lamineaires ne se ferme pas sur l'instrument et ne gêne ni sa manœuvre ni son retrait.

Rappelons le sage conseil que donne BERGOUIGNAN de faire une exploration de l'utérus au doigt avant d'en pratiquer le curettage à l'occasion d'une hémorragie abondante ou suspecte. Car, dit MONDOR « nombreux sont les opérateurs

qui ont commis l'erreur de prendre pour des signes de rétention placentaire, des signes de perforation et puis, ont agrandi celle-ci à coup de curette ».

Telles sont les principales données prophylactiques qui nous paraissent devoir présider à tout curettage comme à toute intervention intra-utérine.

La prudence devra guider constamment notre conduite.

Traitement de la Perforation

Constituée

Le diagnostic de perforation étant établi, il nous appartient désormais d'adopter une action thérapeutique dont nous devons maintenant exposer les principales directives.

Il est tout d'abord un élément indispensable à connaître : la notion du temps écoulé depuis la perforation. De cette précision fixée avec la plus grande exactitude possible, dépendra la conduite à tenir, indépendamment de toute étiologie.

C'est pourquoi dans ce chapitre nous envisagerons à la fois, le traitement des perforations au cours des manœuvres abortives et au cours du curettage en les plaçant, néanmoins, en deux groupes nettement distincts et qui comprendront :

1° *Les perforations anciennes,*

2° *Les perforations récentes.*

1° — *LES PERFORATIONS ANCIENNES*

Nous avons vu plus haut que chaque fois que le chirurgien était appelé à soigner une perforation ancienne l'étiologie était pratiquement toujours la même : il s'agit presque toujours de femmes ayant subi des manœuvres abortives.

Le matrone ou la sage-femme ne s'est pas rendu compte — au cours de son intervention maladroite et hâtive — de la position de l'utérus, Elle a

poussé droit devant elle l'instrument rigide destiné à décoller l'œuf ou à vider l'utérus, et en réalité elle a perforé l'organe.

La femme a ressenti tout d'abord une douleur souvent très vive. Persuadé de la nécessité de cette souffrance, pour obtenir le commencement de l'avortement, elle patiente. Des heures précieuses passent. Les premiers moments sont relativement calmes et cette accalmie surprend parfois la malheureuse qui vit dans l'espoir d'une délivrance prochaine. Mais voici que les douleurs réapparaissent plus vives 24 ou 48 heures plus tard, en même temps la température s'élève, le ventre se météorise, devient plus sensible. Les vomissements alimentaires puis bilieux, verdâtres et foncés apparaissent et c'est le tableau de la péritonite septique qui s'installe si l'ensemencement microbien est virulent.

L'action du médecin va désormais dépendre du moment où il sera appelé auprès de la patiente et aussi de la septicité de l'ensemencement péritonéal. Nous supposerons, pour les commodités de notre exposé, qu'on aura affaire à des femmes traumatisées déjà deux ou trois jours auparavant et qui présenteront à ce moment :

a) — soit *des formes bénignes*,

b) — soit *des formes de gravité moyenne*, sévères mais susceptibles encore de bénéficier d'un traitement judicieux et souvent efficace ;

c) — soit *des formes très graves* et paraissant d'emblée au dessus des ressources de la thérapeutique.

I — FORMES BENIGNES

Nous sommes, avons nous dit, au deuxième ou troisième jour qui a suivi le traumatisme. A ce moment la douleur locale du début est grandement atténuée ou a déjà disparu. La respiration abdominale d'abord assez superficielle, a repris peu à peu son rythme. La défense qui avait paru s'ébaucher au début, a fait place à un silence abdominal complet.

En pareil cas, si le doute existe sur la perforation elle-même, l'évolution des symptômes devient rapidement rassurante. Et si le diagnostic de perforation totale ou partielle a été posé, on peut considérer à partir de ce moment que le pronostic reste bénin et va rapidement s'améliorer.

En pareil cas, la conduite à tenir sera des plus simples et l'abstention s'imposera. C'est-à-dire que l'on ne procèdera à aucun acte chirurgical.

On gardera cependant la malade au repos au lit ; on usera au besoin modérément d'opiacés pour parfaire la mobilisation abdominale et l'on maintiendra en permanence une poche de glace sur le ventre.

II — FORMES DE GRAVITE MOYENNE

Ce sont les formes que l'on observe le plus habituellement, soit que l'état général relativement bon jusque là, aille en s'aggravant, soit que la température, les vomissements, les signes douloureux et la défense abdominale persistent ou s'accroissent malgré le repos et la glace sur le ventre.

La situation devient dès lors angoissante. L'ensemencement péritonéal paraissant devoir se

propager au lieu de se localiser.

Quelle conduite adopter dans ces conditions ?

A l'heure actuelle, l'accord est fait : entre la plupart des autres méthodes, la *laparotomie médiane* réunit la plupart des suffrages. La *colpoto-mie*, en général, parce que insuffisante ou inopérante, et l'*hystérectomie vaginale*, parce que illogique et aveugle, en ce sens qu'elles ne permettent pas de faire l'inventaire des autres lésions viscérales possibles, seront à déconseiller. La lecture des observations de MORESTIN, MOLIN et DEJACQUES, LE LORIER, SEJOURNET, etc., ne nous encouragent guère cependant à adopter cette dernière voie.

Aussi adoptera-t-on de préférence la *laparotomie médiane* qui rendra possible une large visite des régions traumatisées et permettra de prendre une décision en connaissance de cause. L'*hystérectomie* abdominale complètera généralement cette laparotomie.

A ce moment, en effet, le ventre étant ouvert, la question se posera de pratiquer l'hystérectomie ou de conserver l'utérus.

En cours d'examen, l'utérus dans lequel auront été pratiquées des manœuvres abortives, trois à quatre jours auparavant, nous apparaîtra bleui, moucheté de tâches ecchymotiques autour de la zone perforée. Sa consistance sera molle sous le doigt, et les lèvres de la plaie déchiquetées s'affronteront mal.

Si à ces éléments d'infection s'ajoutent la présence de caillots, de débris putrides et nauséabonds et l'existence d'une température élevée,

l'intervention de choix sera de toute nécessité, l'hystérectomie. Cette hystérectomie sera précédée, s'il y a lieu, de la réparation des lésions intestinales allant de la simple suture avec enfouissement, jusqu'à la résection suivie d'anastomose termino-terminale ou latéro-latérale, selon la portion intestinale lésée. La mise en place d'un *Mickulicz* de sécurité assurera le drainage. Un vaccin polyvalent contribuera à une meilleure défense de l'organisme et simplifiera dans une certaine mesure, les suites opératoires (Obs. N° XVII et XX).

Si l'on se trouve en présence d'une péritonite généralisée sans lésion intestinale surajoutée l'ablation de l'utérus perforé sera nécessaire, et l'on aura recours sans hésiter au large drainage à l'aide du *Mickulicz*.

Dans certains cas, le ventre étant ouvert, on peut constater que l'utérus perforé a conservé cependant une coloration normale ; le petit bassin n'est pas souillé, ou très peu ; le péritoine n'est pas particulièrement dépoli, la consistance de l'utérus est normale. Dans ces conditions, l'application d'un simple *Mickulicz*, pourra suffire. Le choc opératoire sera minime et l'ensemencement définitivement limité (Obs. N° XIV et XV).

L'efficacité de cette thérapeutique nous apparaît des plus nettes dans les observations n° XIV et XV. En somme l'éclectisme le plus large devra présider à l'adoption de telle ou telle conduite.

La laparotomie sera pratiquée le plus souvent sans idée préconçue, et, le bilan des lésions étant établi, la décision sera prise à ce moment-là.

Toutefois dans des cas exceptionnels, lorsque la perforation aura eu lieu après le 3^e et le 4^e mois, nous devons admettre avec notre Maître Monsieur le Professeur FERRARI, que l'hystérectomie s'impose le plus souvent, en raison de la flaccidité de l'utérus, de la béance de la perforation et aussi de sa particulière aptitude à l'ensemencement et à l'infection.

III — FORMES TRES GRAVES

Ici la symptomatologie a pris très rapidement une allure sérieuse : Presque aussitôt après la perforation, la fièvre s'est élevée, après des frissons parfois impressionnants, le pouls accéléré. La malade baignée de sueur a présenté rapidement un faciès plombé et un teint parfois blafard d'anémie aiguë. L'abdomen est tendu, et est devenu très douloureux dans la région sous ombilicale. Les vomissements sont devenus porracés, incessants. Le tableau est celui de la septicémie péritonéale avec parfois une hémoculture positive au streptocoque (Obs. N^o XXI et XXII). Le cas s'aggrave d'heure en heure et ses formes sont parfois la signature de lésions viscérales profondes ou d'ensemencements de la cavité péritonéale par des débris septiques provenant de l'utérus abortif.

Ces formes dites désespérées sont presque toujours au-dessus des ressources de la thérapeutique (Obs. N^o XIII). Neuf fois sur dix et même plus souvent les interventions pratiquées dans ce cas sont vouées à l'insuccès. Cependant nous ne négligerons la plus petite chance qui nous restera de sauver la malade.

Sous *anesthésie régionale*, une *boutonnière suspubienne* sera pratiquée et l'incision étant prolongée, l'inspection des lésions aura lieu.

Dans les cas désespérés où la femme paraîtra irrémédiablement choquée, on bornera son action au *drainage abdominal* large en le complétant au besoin, par un drainage pelvien : un Mickulicz et une *colpotomie* nous donnent dans ces cas le maximum de drainage et le minimum de choc.

Si les circonstances nous le permettent, si les lésions nous y incitent en s'offrant sans grande difficulté au bistouri, si enfin l'état de la malade nous permet d'escompter encore quelque espoir, nous tenterons l'hystérectomie avec maintien de pinces à demeure, suivie d'un large drainage abdomino-vaginal.

Si l'infection est plus locale que générale nous pourrons obtenir dans ces cas un sauvetage inespéré.

En résumé, l'abord des lésions par la voie haute doit rester à l'heure actuelle comme une indication absolue ; L'hystérectomie vaginale très en vogue jusqu'à ces dernières années, ne doit plus être de mise ici où l'inventaire des lésions abdominales s'impose de façon absolue, avant toute décision opératoire.

2° — TRAITEMENT DES PERFORATIONS

RECENTES

Si le traitement des *perforations anciennes* découle de leur évolution et de leurs complications, celui des *perforations récentes*, par contre, sera surtout fonction de l'étiologie de la lésion.

La variété des causes et des observations est très grande comme nous l'avons vu et nous pourrions nous trouver en face de cas, bien différents les uns des autres. Nous les classerons schématiquement *en trois catégories* :

1° Il peut s'agir d'une perforation récente au cours d'un *avortement criminel*. Exceptionnellement, le chirurgien est appelé dans les deux ou trois heures qui suivent et sa perplexité peut être alors très grande.

Quel qu'en soit l'auteur, la malade elle-même ou une tierce personne, les circonstances du traumatisme devront être minutieusement vérifiées. On fera la part de la dissimulation, de l'exagération ou de l'erreur. Il sera procédé à un examen complet de la malade. On se fera présenter l'instrument utilisé et la décision sera prise sans tarder.

Si tout porte à croire que le traumatisme a été de minime importance, on pourra, dans certains cas, adopter la méthode *expectative* avec la glace, le repos et l'opium. Mais si le doute entre dans l'esprit du médecin, si l'instrument paraît avoir

pénétré profondément et si les manœuvres ont été répétées avec insistance, il vaudra mieux procéder à *l'inventaire rapide des lésions*. L'attente serait trop angoissante et son résultat trop problématique et trop aléatoire. L'inventaire fait, on achèvera selon les dégâts observés, par *l'hystérectomie*, la *suture*, le *drainage*, ou même la *fermeture immédiate* si rien de suspect n'a été remarqué. (Obs. N° XIV, XV et XVI).

Parfois le traumatisme aura été tel, les lésions si graves, la matrone ayant par exemple ramené de l'intestin ou de l'épiploon que l'appel au secours du chirurgien sera très rapide. La résection intestinale ou épiploïque et l'hystérectomie seront alors, rapidement effectuées. (Obs. n° XVII, XVIII, XX).

2° Envisageons maintenant le cas de la perforation faite au cours du curettage par le chirurgien qui sent subitement la bougie, l'hystéromètre ou la curette s'enfoncer anormalement et dépasser la limite qu'il avait préalablement évaluée du fond utérin. La fausse route aussitôt reconnue l'examen par le palper étant minutieusement pratiqué, l'instrument sera retiré avec les plus grandes précautions. Ici l'abstention pourra être la règle car l'intervention aura été faite en milieu chirurgical et tout rentrera dans l'ordre neuf fois sur dix, sans complications secondaires. (Obs. XXIV à XXXI et XXXIII à XXXVIII).

On devra cependant user de prudence et tenir le plus grand compte des conditions dans lesquels aura été commencé le curettage, le degré

de septicité de l'utérus, l'instrument utilisé, l'effort effectué (Obs, XLII et XLIII).

3° Il peut, en effet, s'agir d'une perforation faite également par un chirurgien au cours d'un curettage mais perforation passée un moment inaperçue.

Dans l'ignorance où il se trouvait de la perforation accomplie, il aura parfois continué le maniement de l'instrument. Il aura pu, dans certains cas déterminer les lésions graves, désinsérer le mésentère, perforer l'intestin ou léser gravement des pédicules vasculaires. En pareil cas, il ne lui reste plus qu'à ouvrir rapidement le ventre et à réparer les dégâts. (Obs. n° XVII).

En somme, *ces trois éventualités* : — *perforations récentes au cours de manœuvres abortives, perforations constatées immédiatement en cours de manœuvres thérapeutiques, perforations constatées après fausse route et manœuvres prolongées* —, appellent l'un des deux traitements qu'il va nous falloir plus longuement envisager maintenant : *l'abstention ou l'intervention*.

1° EN QUOI CONSISTE L'ABSTENTION

La malade gardera le lit dans le décubitus dorsal, une poche de glace sur le ventre, la vulve protégée d'une garniture stérile. On lui administrera au besoin, mais très prudemment, quelques opiacés.

Nous précisons : *l'abstention ne sera instituée que* : dans les cas suivants :

1° La perforation venant de se produire, les manœuvres intra-utérines ont immédiatement

cessé, l'instrument ayant été retiré avec d'infinies précautions sans qu'on ait procédé à une révision, à un lavage utérin ou même vaginal ;

2° Si l'expectative à main armée peut être strictement observée dans un milieu chirurgical. La surveillance sera scrupuleusement exercée et ne négligera ni le pouls, ni la température, ni les douleurs, ni la contracture abdominale, ni la tension.

L'abstention pratiquée dans ces conditions a donné entre les mains de certains auteurs des résultats les plus brillants et parfois les plus inattendus. AUVRAY, BEGOUIN, BERARD, DOUAY, J.L. FAURE, FERRARI, GUENIOT, LENORMANT, MIGINIAC, MOULONGUET, SCHWAAB, SIRÉ-DEY, VIANNAY etc... et nos obs. XI, XII, et de XXIV à XXXVIII.

Il est bien entendu que la moindre complication d'infection ou d'hémorragie devra entraîner l'intervention qui pourra donner, dans ces conditions, des succès qui sans cela n'auraient pas été obtenus. (Obs. XLIV)

Citons à propos « *d'abstention* » les faits curieux rapportés par DOLERIS et concernant ce médecin viennois KARL BRAUM, qui pratiquait volontiers pour convaincre ses élèves, des perforations utérines sans qu'elles fussent jamais suivies d'accidents immédiats ni tardifs,, et qui n'étaient traitées que par *l'abstention*. Et l'on raconte également que GELONIUS perforait devant ses élèves la paroi utérine pour leur montrer la bénignité de cette lésion.

II. EN QUOI CONSISTE L'INTERVENTION

Il n'est pas toujours facile de savoir si l'utérus est infecté ou non. Dans le doute il vaudra mieux évidemment avoir recours à l'intervention. Les publications récentes de BASSET, BROCCQ, LE LORIER, MONDOR, PROUST, SEJOURNET, expriment cette tendance.

L'intervention décidée, qu'elle voie devra-t-on choisir ?

A l'heure actuelle toutes les préférences vont à *l'intervention par voie haute*, la voie basse n'étant plus utilisée que dans des conditions d'exceptions infiniment rares.

LA COLPOTOMIE dans les perforations récentes ne présente que des inconvénients sans offrir *aucun avantage*. Elle ne permet pas de *remédier aux complications* : lésions intestinales, inclusion ou pincement d'une anse entre les lèvres de la plaie, rupture vasculaire. etc... etc...

Quant à *L'HYSTERECTOMIE VAGINALE*, elle reste en l'occurrence un procédé *aveugle* et *illogique*, un *non-sens thérapeutique*. Non seulement elle ne permet pas de traiter les lésions viscérales qui peuvent exister, mais elle entraîne en outre l'ablation de l'utérus parfois *peut atteint, voire indemne*.

C'est ainsi que des hystérectomies vaginales ont été pratiquées dans les cas d'erreurs de diagnostic et de fausse perforation. Il faut savoir éviter de pareilles déconvenues (WULFF).

On ne pratiquera donc cette intervention que lorsqu'il sera nécessaire de limiter au minimum

le choc opératoire en raison de la gravité de l'état général. Encore faudra-t-il avoir la certitude que la lésion n'affecte que l'utérus. (SCHWAAB).

En somme c'est à la voie haute, à la *LAPAROTOMIE MEDIANE SOUS-OMBILICALE* que nous réservons notre préférence lorsque nous devons opérer. Elle seule mettra en évidence et permettra de traiter aussitôt *une perforation intestinale, un pédicule vasculaire brisé, une désinsertion mésentérique, ou une perforation vésicale*. Grâce à elle les débris placentaires seront extraits de la cavité péritonéale s'ils y ont été entraînés. Cette intervention aura en outre le grand mérite d'être parfois la plus conservatrice des opérations : En effet si l'hystérectomie peut être évitée grâce à l'examen pratiqué on n'aura qu'à se féliciter d'avoir utilisé cette voie.

Dans certains cas, chaque fois que l'aspect et la consistance de la plaie, ainsi que le bon état de l'utérus le permettront, on pourra soit réséquer la perforation (ROUHIER) soit la suturer (BAR, LE LORIER, SAUVE, HRISTU etc.), soit la capitonner avec de l'épiploon (GAUDIER) et pratiquer ainsi un traitement conservateur et de moindre choc des plus intéressants pour l'avenir immédiat et éloigné de la malade. L'avenir obstétrical de la femme devra, chaque fois qu'on le pourra, entrer en ligne de compte. C'est là une préoccupation dont le chirurgien ne saurait humainement se départir.

Du Traitement des Lésions Viscérales

Déjà, à l'examen extérieur, on aura pu constater la présence d'un viscère quelconque habituellement une anse intestinale ou de l'épiploon. La réparation de ces traumatismes viscéraux devra être évidemment effectuée au cours de la laparotomie pratiquée précocement. Le plus souvent ces lésions ainsi que celles subies par des pédicules vasculaires ne seront observées qu'au cours de l'intervention.

On aura dès lors, à se préoccuper de les réparer.

1° LES VAISSEAUX

En présence d'un épanchement sanguin, *les pédicules vasculaires* feront tout d'abord l'objet d'une visite détaillée et le premier geste consistera à lier, s'il y a lieu, les vaisseaux qui saignent. Souvent l'amas sanguin est dû simplement au *suintement* de la plaie utérine et c'est vers elle d'abord que se dirigera notre attention.

2° LA PLAIE UTERINE

Cette perforation est-elle d'ordre septique ? Est-elle minime, la retrouvera-t-on aisément ? Disparaît-elle entre les dépressions dues aux ondes de contraction ? Au contraire est-elle béante (comme cela peut s'observer dans les utérus du

troisième ou quatrième mois de grossesse) ? Ses bords sont-ils déchiquetés ? Enfin un rapide examen du bassin et de l'abdomen nous rassure-t-il ou nous préoccupe-t-il sur l'avenir prochain de cette traumatisée ? Quoiqu'il en soit, si nous décidons de ne pas procéder à une hystérectomie, en raison de la bénignité de la lésion, nous pourrions songer soit à *l'excision*, à la *résection de la perforation* suivie de *suture*, soit à la *suture simple*, soit à la *suture* suivie de *capitonnage* à l'aide d'un *élément d'épiploon* ou de l'*épiploon* lui-même. Cette suture complétée par un drainage a pu donner entre les mains de BASSET, BROCCO, KUSS, MOCQUOT, etc. etc... des résultats les plus intéressants. L'adjonction de bouillons-vaccins dans le drainage peut contribuer à la défense locale et à la guérison.

Dans certains cas, la plaie utérine emprisonnant les débris ovulaires, certains opérateurs ont pratiqué un nettoyage soigné de la région, réséqué partiellement la perforation, l'ont régularisée, ébarbée, excisée et ont fait avant de la suturer, un curettage rétrograde. Tout d'abord, ils avaient eu soin d'extérioriser l'utérus et de protéger avec soin l'abdomen et les anses intestinales.

Voici une observation de ROUHIER, dont on peut tirer un enseignement profitable.

« Un de ses internes ayant ramené à la vulve une anse intestinale au cours d'un curettage, il décide la laparotomie. Il découvre une plaie importante et déchiquetée sur la face antérieure de l'utérus dans laquelle s'engage l'intestin désinséré du mésentère sur 40 c/m. L'utérus n'est pas encore vidé. Pour ne pas choquer la malade, *il agrandit la plaie utérine, la régularise fait un curettage rétrograde et suture. Il résèque 1 mètre d'intestin*, met un Mickulicz. Suites très simples. *Trois ans après la femme est enceinte et fait un accouchement normal* ».

La suture de l'utérus devra être faite en un ou deux plans, soit avec du *catgut*, soit au *fil non résorbable*.

L'avenir obstétrical des utérus suturés dans de telles conditions a donné parfois, les plus belles satisfactions et on y aura recours chaque fois que la nature des lésions le permettra (obs. n° XXXIX) notamment chez la jeune femme. « Il vaut mieux pour elle guérir après une suture utérine qu'après une hystérectomie. » (BASSET)

Cette excision et cette suture rappellent singulièrement l'attitude adoptée pendant la guerre et depuis la guerre pour les plaies à armes à feu : l'ébarbage de la plaie, son avivement, sa régularisation ou sa résection après large nettoyage à l'éther.

Il ne paraîtrait au surplus, ni illogique, ni inutile de compléter ici cette technique par l'examen extemporané d'un frottis de lame après prélèvement de débris dans les sécrétions de la plaie ou sur le péritoine environnant. Cette investigation permettrait, dans certains cas d'angoissante hésitation, d'opter, selon les cas pour la *fermeture sans drainage*, la *suture* ou l'*hystérectomie*, avec mise en place ou non d'un *Mickulicz*.

Cette technique systématique renouvelée des habitudes de la guerre et employée dans les services de traumatologie nous paraît particulièrement indiquée ici.

C'est qu'en effet la question de l'hystérectomie — pour si simple et si élégante que soit cette opération —, mérite qu'on médite sur son opportunité et sur ses conséquences.

On ne devra pratiquer *l'hystérectomie* que la main forcée par le terrain, les circonstances et les évènements.

Le cas d'une femme, même toute jeune, qui, à la suite de violents traumatismes présente des délabrements utérins ou une perforation avec ensemencement septique, appelle évidemment l'ablation de l'utérus.

Mais nous adopterions avec moins de regret cette intervention chez une femme qui, ayant atteint ou dépassé la quarantaine a déjà un passé obstétrical chargé (enfants nombreux, et multiples fausses couches).

Cette dernière éventualité est malheureusement fréquente chez certaines femmes du peuple, qui, ne voulant à aucun prix une nouvelle grossesse, sont capable de tenter n'importe quelle manœuvre et autant de foi qu'il sera nécessaire pour se libérer d'un fardeau qu'elles se refusent à accepter.

3° PLAIE DE LA VESSIE

Le ventre étant ouvert, si l'inspection nous montre une plaie de la vessie, on procèdera le plus tôt possible à la suture en deux ou trois plans avec mise au repos de l'organe, en mettant en place une sonde de MALECOT ou de PEZZER.

4° PLAIE DE L'INTESTIN

L'intestin étant extériorisé, minutieusement vérifié et déroulé à la main, on effectuera les réparations nécessaires.

S'il ne s'agit que de perforation simple, on

procèdera, après avoir régularisé au besoin les lèvres de la plaie, à une suture suivie d'enfouissement au fil de lin.

Dans les cas de désinsertion partielle de l'intestin survenu au cours de manœuvres abortives et brutales, la résection du fragment désinséré s'imposera avec abouchement termino-terminal ou latéro-latéral, selon les lésions rencontrées.

Sur *l'S iliaque*, le *sigmoïde* et le *gros intestin* on pourra également être amené à parer dans certains cas exceptionnels, à de gros délabrements à l'aide de la résection ou de l'entéro-anastomose.

Dans certains cas exceptionnels, où la muqueuse a pu être arrachée sur une grande longueur et l'intestin gravement traumatisé, lorsqu'on redoutera l'ensemencement déjà effectué du péritoine, on pourra être amené à terminer l'opération de fortune par un anus temporaire après excision *rapide de l'intestin traumatisé et hystérectomie* (Obs. LAFFONT et JAHIER)

En résumé, devant les nombreuses éventualités qui peuvent se présenter, on devra se comporter avec éclectisme, l'esprit toujours en éveil et préoccupé de la vie de la malade, de son avenir immédiat et éloigné. Rien ne sera négligé dans la révision générale des lésions parfois discrètes et traîtresses si souvent dissimulée dans les replis des viscères abdominaux.

CHAPITRE CINQUIEME

OBSERVATIONS

A côté de 21 observations inédites, nous en avons réuni ici, 19 autres, choisies parmi les nombreux faits que nous avons rencontrés au cours de nos recherches. Nous en rapportons en tout, 40 cas.

Nous ne présentons pas cette série de cas cliniques comme une statistique, car le choix auquel nous nous sommes livrés, suffirait à lui seul à fausser la valeur absolue des proportions réelles.

La conclusion d'ensemble qui résulte du rapprochement de ces observations, est la suivante : Les perforations dues à des manœuvres abortives, sont infiniment plus meurtrières que les perforations dues à des manœuvres thérapeutiques.

La précocité du diagnostic et de l'intervention, entraîne le succès.

1. Perforations au cours de manœuvres abortives

1° ABSTENTION

3 cas = 2 guérisons

OBSERVATION XI (Inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le Dr. VERGOZ

PERFORATION PAR MANŒUVRES ABORTIVES

ABSTENTION — GUERISON — GROSSESSE

ULTERIEURE ACCOUCHEMENT NORMAL

Mme G... 38 ans a subi des *manœuvres abortives* qu'elle dissimule. Elle présente une métrorragie abondante après un retard de règles de deux mois et demi et l'on décide de faire un curettage.

La première bougie maniée avec prudence en raison

de manœuvres antérieures suspectées, *s'enfonce sans résistance, anormalement*. Une pince à pansements à son tour introduite suit le même trajet et est poussée doucement jusqu'au manche. La malade présente alors un syndrome cataclysmique comparable à celui d'une grossesse extra-utérine rompue : syncope, lypothymie, pâleur intense ; l'hémorragie est alors plus abondante qu'auparavant du fait qu'une artère a dû se rompre pendant les manœuvres d'exploration. Mais la malade étant chez elle, en ville, très choquée, on décide momentanément le traitement par l'abstention (glace sur le ventre), on la remonte au moyen du sérum, huile camphrée renouvelée fréquemment.

Peu à peu l'état s'améliore et l'on décide de ne pas intervenir. La guérison est rapide. Un an après grossesse normalement menée à terme.

OBSERVATION XII (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr. LARRIBERE

PERFORATION UTERINE PAR MANŒUVRES ABORTIVES — ABSTENTION — GUERISON

Mme X... sage-femme ayant un retard de règles d'un mois a demandé à une de ses collègues de lui *placer une sonde* dans l'utérus. Elle a ressenti aussitôt une violente douleur abdominale si bien qu'elle retira sa sonde une demi-heure après. Mais la douleur ne s'est pas atténuée et elle se mit à vomir. Ceci se passait dans la soirée. On est appelé le lendemain matin : La température est à 40° les vomissements verdâtres persistent. L'arrêt des matières et des gaz est complet.

La partie sous ombilicale de l'abdomen est le siège d'une contracture très marquée et d'une hyperesthésie très vive. Le toucher du cul-de-sac de Douglas fait pousser un cri à la malade; il ne bombe pas cependant.

Le col est fermé. Il existe de petites pertes de sang. Glace sur le ventre, propidon 4 c.c. Le soir la douleur est moins vive, température à 39°8. Le lendemain température : 38°. Le ventre est moins sensible et a retrouvé sa souplesse, l'émission des gaz est possible.

Le surlendemain 4ème jour, température à 38° ventre souple, pertes abondantes non fétides. On fait une exploration prudente du col en vue d'un curettage et l'hystéromètre pénètre nettement dans une fausse route qui se dirige en arrière.

On retire l'instrument de ce trajet anormal et on le dirige un peu plus en avant à la recherche de l'orifice interne qui se trouve tout à côté à 2^{m/m} environ. On dilate cet orifice interne jusqu'à la bougie n° 8 puis on introduit une petite curette mousse et l'on évacue l'utérus.

Le lendemain, l'état est bien meilleur. La température est à 37°5.

Les suites furent simples.

La malade vue tout au début aurait pu faire opter pour une hystérectomie. 16 heures après en pleine pelvi-péritonite on a préféré attendre et l'on doit dire que l'on fut assez surpris de la régression rapide des symptômes. Au troisième jour, fallait-il vider ou enlever l'utérus ?

L'idée de vider peut sembler audacieuse, mais en clinique on peut opérer à la moindre alerte et enlever l'utérus s'il le faut.

On n'a pas eu à regretter cette tactique puisque la malade a guéri.

OBSERVATION : XIII (REEB)

CANGRENE DU FOND DE L'UTERUS APRES MANŒUVRES ABORTIVES — HOSPITALISATION TARDIVE — DECES

Il s'agit d'une gangrène du fond de l'utérus avec perforation de l'organe chez une jeune fille de vingt-deux ans, enceinte de trois mois, sur laquelle une matrone des environs de la ville avait à deux reprises, cinq et trois jours avant son admission, pratiqué des *manœuvres abortives* avec un instrument pointu quelconque.

A son admission elle a un pouls à 120, une température de 38°, un ictère prononcé, de la dyspnée, un ventre ballonné, un écoulement sanguinolent très fétide. La matrice remonte à trois doigts au-dessous de l'ombilic ; les orifices sont perméables, la matrice semble vide ; les deux paramètres sont infiltrés. Dans l'hémoculture du staphylocoque ; deux jours après son admission *la malade meurt* assez rapidement après avoir eu quelques frisson.

A l'autopsie on trouve une grande rate septique, un foie septique, des abcès miliaires dans les deux reins, des petits abcès dans les deux paramètres ; pas de péritonite généralisée. Au-dessous de l'ombilic se trouve une poche remplie de pus brunâtre exhalant une odeur fétide. Les parois de cette poche sont formées vers le haut par des anses intestinales à droite par le cœcum, en bas par le fond de la matrice et en avant par la paroi abdominale. *Cette poche communique avec la cavité utérine ; le fond de la matrice présente une perforation circulaire d'à peu près 5 centimètres de diamètre.*

Cette perforation est bouchée en partie par un grand lambeau de *tissu utérin gangréneux*, de couleur grisâtre, qui est presque entièrement détaché de la paroi utérine. Les parois de ce cratère sont lacérées. Tout autour de la perforation on remarque un sillon de démarcation très net, d'une couleur brunâtre. Le reste du fond utérin a une couleur normale. Dans la cavité se trouvent quelques débris de tissu nécrosé formant une masse verdâtre et putride. Tout l'utérus a une longueur de 15 centimètres.

2° LAPAROTOMIE ET DRAINAGE SIMPLE

2 cas = 2 guérisons

OBSERVATION : XIV (Inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le Professeur FERRARI

PERFORATION EN COURS D'AVORTEMENT

LAPAROTOMIE — MICKULICZ

FISTULE STERCORALE — GUERISON

En Mai 1934, une femme de 19 ans, *enceinte de deux*

mois et demi se soumet à trois reprises à des manœuvres abortives au moyen d'une sonde en gomme. La dernière tentative déclencha de vives douleurs.

Le lendemain, ces douleurs augmentent, la fièvre se déclare — 48 heures après ; réaction péritonéale dans la région sous ombilicale — Pouls = 129. On décide l'expectative armée, car on ne sait en réalité si la perforation est réelle. Donc abstention ; glace sur le ventre, septicémie.

La température baisse en huit jours et l'amélioration générale est fort nette. On attend cinq jours encore puis on décide un curettage, en raison de la rétention ovulaire. On fait une anesthésie générale ; la première bougie (N° 10) s'enfonce aussitôt anormalement et sans effort. Il y a donc perforation antérieure à la dilatation et la bougie en a suivie le trajet. On décide aussitôt une laparotomie.

On tombe sur un gros foyer de pelvi-péritonite dans le petit bassin, les anses sont adhérentes et couvertes de fausses membranes. Après quelques manœuvres difficiles qui ont pour but de dégager l'utérus on trouve une perforation lenticulaire cachée sous un exsudat d'aspect caséeux : Il s'agit, sans aucun doute, d'une perforation datant déjà de quelques temps.

En raison de l'âge de la malade on décide de conserver l'utérus.

On met en place un Mickulicz que l'on enlève huit jours après. Au quinzième jour, fistule stercorale, qui vient ces jours derniers d'être reprise avec succès.

OBSERVATION : XV

(L. SCHEBAT et E. LAFFONT)

A LA SUITE DE MANŒUVRES ABORTIVES :
PERFORATION UTERINE ; EN RAISON DU MAUVAIS
ETAT GENERAL ON FAIT UNE LAPAROTOMIE,
DRAINAGE A LA MICKULICZ ; GUERISON

Mme J.E. âgée de 22 ans entre le 16 Janvier 1935 à la Maternité (pavillon Tarnier) pour douleurs abdominales

violente et hémorragie modérée.

Le 14 Janvier dans la soirée *une sonde* aurait été placée par une sage femme car notre malade avait à ce moment un retard de règles de 12 jours ; aussitôt après l'introduction de la sonde elle ressent une *douleur abdominale intense. Puis la température s'élève, des vomissements apparaissent*, la douleur abdominale s'accroît. Devant l'aggravation de son état elle se fait hospitaliser.

A son entrée dans le service *l'état général est grave : faciès vultueux*, yeux profondément cernés, *température à 40°, pouls à 120.* A L'EXAMEN l'abdomen a conservé sa mobilité pendant l'inspiration et l'expiration, il existe une légère contracture, sous ombilicale. Les douleurs spontanées et provoquées siègent dans toute la région sous ombilicale.

LE TOUCHER nous montre : Un col utérin non ramolli, un utérus douloureux à la palpation et à la mobilisation, mais petit, dur et mobile ne semblant pas être gravide, le doigtier ramène du sang.

Après une mise en observation de *deux heures*, on constate que l'état général s'aggrave ; le faciès s'altère de plus en plus, le pouls monte à 140. On décide d'intervenir.

INTERVENTION

Après anesthésie générale à l'éther *laparotomie médiane sous-ombilicale*. On trouve dans la cavité abdominale, du pus en petite quantité sur toute la surface péritonéale ; pus jaune, homogène, peu fétide. A l'examen de l'utérus on constate une *perforation du fond utérin près de la corne gauche*, perforation de trois millimètres de diamètre environ saignant très légèrement, utérus manifestement non gravide et d'aspect normal, les annexes sont intactes. Pour éviter une intervention trop choquante on isole l'utérus de la cavité abdominale en interposant un *Mickulicz* avec trois mèches. Le pus ayant fusé vers la partie supérieure de l'abdomen, on met en place deux mèches, l'une à droite vers la région sous hépatique, l'autre à gauche vers la région splénique. Le

Mickulicz et les mèches étant imbibées de *filtrat-vaccin*, préparé par le laboratoire du service.

Le prélèvement du pus péritonéal a révélé à l'examen microscopique direct l'existence de *gonocoques* — suites opératoires normales — les Mèches et le Mickulicz sont imbibés chaque jour de filtrat-vaccin. La malade quitte le service en excellent état 32 jours après son intervention.

3° SUTURE

1 cas = 1 guérison

OBSERVATION XVI

(CONSTANTIN HRISTU (Bucarest)

PERFORATION UTERINE PAR MANŒUVRES ABORTIVES — LAPAROTOMIE — SUTURE — CURETTAGE — GUERISON.

Melle A.P. âgée de 24 ans, eut recours à l'assistante d'un confrère pour que celui-ci la débarrassât d'une grossesse de 2 mois 1/2 à 3 mois.

Après introduction d'une laminaire au préalable, il procède à l'acte opératoire, sous anesthésie générale à l'Evipan Sodique, le 9 Mai 1934.

Sous le coup d'une anesthésie de courte durée et à la suite d'une dilatation insuffisante, l'évacuation a tardé; et, lorsqu'à moment donné il veut extraire la tête à l'aide d'une grosse pince utérine, il perfore l'utérus, circonstance dont il s'est, heureusement rendu compte.

A 22 heures 30 (c'est-à-dire 1 h. 1/2 après l'accident) mon confrère m'explique le cas par téléphone et demande mon intervention. — L'opération a lieu dans un sanatorium sous anesthésie rachidienne avec silcaïne 0,12 ctg, plus 0,50 ctg caféine sous cutanée : l'accident remonte alors à 3 heures.

La malade a un *état général relativement bon* ; température 37°, pouls 120 — douleurs et sensibilité à l'hypogastre. *Laparotomie médiane sous ombilicale* : A l'ouverture du péritoine, j'ai constaté du sang noirâtre et

de nombreux caillots couvrant *une perforation du fond utérin sur la face antérieure* et de la grosseur d'une pièce de 2 francs ; cette perforation était une déchirure irrégulière. — Derrière l'ovaire droit on découvre le crâne vidé d'un fœtus de 2 1/2 à 3 mois.

En présence de cette lésion utérine et sans autre lésion viscérale apparente (après contrôle préalable) je me décide à suturer la perforation en laissant l'utérus en place. — J'extrais au préalable par l'orifice perforé une portion de placenta et je procède ensuite par stratification à une première suture musculaire à l'aide de catgut 00, en bourse non perforante, en enfonçant dans la cavité utérine la couche musculaire ; une seconde suture à l'aide de catgut 0 sans enfouissement ; une troisième suture avec l'aide de catgut 1, dans le sens antéropostérieur et une quatrième dans le sens transversal toujours à l'aide de catgut 1.

Après ces sutures musculaires stratifiées j'ai péritonisé au fil de lin et ayant soin de consolider et en couvrant cette péritonisation avec un surjet circulaire au catgut 1. J'ai considéré comme inutile de couvrir la suture à l'aide d'une greffe libre épiploïque.

Je ferme l'abdomen sans *drainage et 3 plans*. Ensuite la malade est placée en *position gynécologique* et je procède à *un curettage de contrôle* de la cavité utérine où se retrouvent des restes placentaires que j'extrais avec beaucoup d'attention. — Le col utérin est fendu sur la lèvre antérieure, vers la droite, très irrégulièrement ; je ne l'ai pas suturé, mais je l'ai couvert d'un tampon vaginal compressif et hémostatique. Aussitôt après l'opération on fait un vaccin préventif de Delbet : 3 cc, pantopon et application d'une vessie de glace sur l'abdomen.

Je supprime le tampon vaginal 24 heures après. — Les suites ont été bonnes ; température matinale 37°6 — le pouls redevient normal dès le 4ème jour, l'abdomen redevient souple et n'accuse aucune douleur. *Le 3ème jour je fais descendre la malade de son lit* suivant l'habitude. Le 5ème jour je retire les agraffes et le 7ème jour elle quitte le sanatorium.

L'importance de ce cas consiste en ce que :

1° Quoiqu'il s'agisse d'une perforation utérine irrégulière d'une grandeur appréciable, l'organe a été cependant conservé par myorraphie stratifiée, étant convaincu que le tissu fibreux cicatrisé ne porte aucun préjudice au bon fonctionnement et à l'évolution des grossesses ultérieures éventuelles.

D'ailleurs à la suite de la césarienne ou l'incision est beaucoup plus longue, suturée toujours par stratification nous avons toujours observé des grossesses consécutives menées à bon résultat à terme.

2° La marche excellente et dépourvue de complications post-opératoires nous la devons à la précocité de l'intervention chirurgicale et au vaccin de Delbet.

3° Je n'ai pas drainé étant convaincu que le drainage du péritoine dans le cas présent et dans d'autres cas similaires n'était d'aucune utilité et qu'il pouvait même devenir nuisible étant donné qu'il permet l'organisation d'adhérences entre l'utérus, les viscères et la paroi abdominale adhérences dont seront dispensés notamment les malades qui n'ont pas subi de drainage.

4° Le curettage de contrôle que j'ai fait après la myorraphie avec toute l'asepsie dûe, nous a assuré l'évacuation de l'utérus.

5° La myorraphie du col fendu et mal traité était inutile, attendu qu'il ne serait pas cicatrisé en pareilles conditions et qu'il eut empêché le drainage utérin.

J'ai revu la malade beaucoup plus tard — Jan-

vier 1935 — elle m'a déclaré à cette occasion que ses menstruations s'étaient succédées normalement et sans douleurs. J'apprend tout dernièrement, le 10 Février 1935, que la dite malade a eu de nouveau recours à un confrère aux fins d'interrompre une nouvelle grossesse de six semaines malgré la myorraphie que je lui avais faite.

C'est là une confirmation de plus du retour au normal des fonctions génitales de cette malade.

4° HYSTERECTOMIE

7 cas = 3 guérisons

4 décès

6. . .

OBSERVATION : XVII

Due à l'obligeance de M. le Dr. DOUAY

*PERFORATION PAR MANŒUVRES ABORTIVES
DESINSERTION 20 cm DE GRELE — RESECTION. —
HYSTERECTOMIE — GUERISON*

Melle Sch, S. 26 ans, grossesse de 3 mois. — *Manœuvres abortives répétées* et faite par elle (?) — Curettage d'urgence par son médecin (Dr. I) le 2 Oct. 1926, pour grosse hémorragie.

Au cours du curettage, la curette pénètre dans le ventre sans donner la sensation nette de perforation, de sorte que *la curette est manœuvrée dans la cavité péritonéale* ; une anse grêle est accrochée et attirée dans l'utérus : elle sort au niveau du col. — Transport immédiat à la Maison de Santé. —

Le Docteur Douay prévenu l'opère d'urgence environ 1 h. 1/2 après l'accident.

Laparotomie médiane : On ne trouve que très peu de sang dans la cavité péritonéale et cependant une anse grêle a été désinsérée sur 20 cm ; elle pénètre dans une *large perforation de la corne gauche*,

Réssection intestinale et hémostase du mésentère qui commence à saigner. — Suture termino-terminale.

Hystérectomie subtotal. — Mickulicz. — Guérison sans aucune complication. — Sortie le 25ème jour (belle cicatrice).

OBSERVATION : XVIII

(LAFFONT et JAHIER)

*PERFORATION DE L'UTERUS AVEC ARRACHEMENT
DE L'ANSE SIGMOÏDE AU TROISIEME MOIS DE LA
GROSSESE ; HYSTERECTOMIE ; ANUS ARTIFICIEL
MEDIAN ; MORT AU 47^e JOUR PAR HEMORRAGIE
SECONDAIRE*

Mme X., âgée de 39 ans, dans les antécédents obstétricaux de laquelle on ne trouve que 4 accouchements eutociques à terme, présente depuis 4 mois une aménorrhée qui lui laissait croire à la fin de mars 1929 qu'elle était enceinte de 4 mois.

Le 25 mars, après avoir fait un effort violent, elle perd un peu de sang. Le 26, à l'hémorragie s'ajoutent des douleurs rythmées, violentes et des caillots sont expulsés.

Dans la nuit du 26 au 27, les douleurs sont violentes et l'hémorragie assez importante.

Vers sept heures du matin, elle fait appeler une sage-femme pour la délivrer.

Celle-ci recherche le fœtus de quatre mois dans ce qu'a perdu la malade et, ne le trouvant pas, le suppose encore retenu in-utéro. Elle se met alors en devoir de le saisir à l'aide d'une pince à pansement. Convaincue que la grossesse était de 4 mois et le col étant perméable, elle introduit la pince d'une dizaine de centimètres sans grande douleur pour la patiente, puis, ouvrant sa pince, elle saisit ce qu'elle croit être le fœtus. Elle attire ainsi à l'orifice du col puis du vagin un ruban gros comme le doigt qui s'étire sous la traction de la pince. Après en avoir attiré environ trente centimètres, elle s'inquiète, car le fœtus attendu ne vient toujours pas et que la femme souffre beaucoup et pâlit étrangement.

C'est sur ces entrefaites que l'un de nous voit la malade : le diagnostic anatomique de *muqueuse intestinale* ne fait pas de doute à l'examen du cordon exteriorisé. La malade est transportée de toute urgence à la Maternité où elle est opérée immédiatement.

A l'ouverture de l'abdomen, nous découvrons, sur la face postérieure d'un utérus gros comme un poing, une plaie irrégulière de 5 à 6 cm. de longueur et encore béante dans laquelle vient s'engager l'anse sigmoïde.

Celle-ci est retirée de la brèche utérine et nous découvrons alors que l'intestin est absolument sectionné en deux : le bout inférieur s'est ramassé dans le Douglas, le *bout supérieur présente un décollement de sa muqueuse tel que les autres tuniques en paraissent froncées.*

L'utérus étant vide et la recherche d'un fœtus de quatre mois à l'intérieur a provoqué la perforation étendue de la face postérieure de l'organe. La saisie de la pince a porté sur l'anse sigmoïde qui fut sectionnée.

Nous pratiquons une *hystérectomie subtotale rapide*, puis, devant l'impossibilité de suturer cet intestin contus, en raison surtout du décollement étendu de la muqueuse du bout supérieur et de l'état général de la malade qui exige une intervention aussi peu choquante que possible, nous pratiquons la fixation à la paroi des deux extrémités intestinales ainsi accolées en canon de fusil.

Quelques mèches drainent le Douglas et les surfaces cruentées.

Les suites opératoires furent *agitées* pendant quelques jours, mais la température revint rapidement à la normale, l'état général s'améliora rapidement et l'anus abdominal médian fonctionna régulièrement.

Brusquement *au 47 jour*, une grosse quantité de sang s'écoule de la petite plaie qui persistait au-dessous de l'anus artificiel et la malade meurt en quelques minutes.

C'est la recherche des signes physiques et non les dires de la patiente qui doivent déterminer l'âge d'une grossesse ; le doigt doit précéder les instruments dans les manœuvres intra-utérines,

OBSERVATION XIX (Inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le Professeur LAFFONT

PELVI PERITONITE PAR PERFORATION AU COURS
DE MANŒUVRES ABORTIVES; HYSTERECTOMIE;
ANUS TEMPORAIRE; GUERISON

Femme de 32 ans. Au début d'une deuxième grossesse, pratique des manœuvres abortives à l'aide d'une sonde en gomme maintenue plusieurs jours. Un curettage est pratiqué ensuite par la sage-femme.

En présence des *phénomènes fébriles et douloureux* qui suivent le curettage, elle se décide à consulter. Pertes sanguinolentes. La fièvre et les douleurs persistent. Une vérification prudente au doigt permet de constater que *l'utérus est vide*; mais les conditions suspectes dans lesquelles les manœuvres ont été faites incitent à aller vérifier par voie abdominale l'état de l'utérus.

Le ventre ouvert, on constate au milieu de fausses membranes, la *présence d'une petite perforation du fond de l'utérus*. Aucun viscère n'est touché, *Hystérectomie et Mickulicz*.

Pendant les suites opératoires, un état de parésie intestinale avec ballonnement, vomissements porracés se développent progressivement. Etat général grave. Une anse est abouchée à la paroi : *anus temporaire*. La guérison se produit progressivement, puis l'anus artificiel est facilement refermé un mois plus tard.

OBSERVATION XX

(Virgile IONESCO et Constantin HRISTU)

PERFORATION UTERINE PAR MANŒUVRES
ABORTIVES ; INTERVENTION EXTERIORISATION
DU GRELE ET SECTION ; RESECTION DE 70 CM DE
GRELE; HYSTERECTOMIE SUBTOTALE; GUERISON

Femme de 33 ans que nous voyons le 11 décembre 1926 à 5 heures du soir et qui se plaint de douleurs abdominales vives à la suite d'un curettage utérin *pratiqué par une sage-femme*,

La malade nous dit qu'après une suppression de règles de 2 mois elle s'est adressée à la sage-femme qui lui plaça une laminaire dans le col utérin, le 8 décembre ; le lendemain et le surlendemain, changement des laminaires. A retenir que cette femme a très bien supporté cette dilatation sans douleurs.

Le 11 décembre, la sage-femme fait le curettage de la cavité utérine et à la fin de l'opération, *avec une longue pince, elle attire dehors, un organe qu'elle ne reconnaît pas et qu'elle coupe avec des ciseaux*. A ce moment, la malade ressent une *douleur violente* et se trouve mal. Une heure après, nous voyons la malade qui est sans fièvre, avec un bon pouls à 84. Le ventre est très douloureux, un peu ballonné, sonore à la percussion; à la vulve, nous trouvons un peu de sang et un bout d'épiploon. Le diagnostic était, à n'en pas douter, perforation utérine avec arrachement et peut-être section de l'intestin.

Intervention 3 heures après l'accident sous anesthésie rachidienne à la novocaïne (0,13 cgr.) + caféine.

A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons dans le péritoine un *ascaris*, du sang (30 à 40 cc.), *des matières intestinales*.

L'intestin grêle avait été sectionné et les deux bouts étaient détachés du mésentère sur 10 à 15 cm.

L'utérus de la dimension d'une *grossesse de deux mois*, présentait une *perforation à bords nets sur la face antérieure de l'isthme*, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Après nettoyage du péritoine, nous faisons une résection de 70 cm. d'intestin grêle avec entéro-anastomose latéro-latérale, puis hystérectomie subtotale en conservant un ovaire. *Drainage vaginal par le col*, dont la lèvre postérieure a été divisée, et *Mickulicz abdominal*.

Suites post-opératoires satisfaisantes. Les 4^e et 5^e jour, selles normales ; après enlèvement du Mickulicz on continue les pansements au *bouillon anti-colibacillaire*. Le 10^e jour, fistule stercorale qui se ferme spontanément et, le 5 janvier, la malade guérie, quitte la maison de santé.

L'examen de la pièce opératoire montre que la *perforation utérine* avait été produite *par des laminaires*; le contenu de la cavité utérine, œuf et membranes, étaient in-

tactes, la perforation intéressait *la face antérieure de l'isthme*.

Les complications intestinales au cours des avortements criminels ont été observées assez souvent dans les derniers temps surtout ; nous avons pu en trouver plusieurs dans les trois dernières années.

Nous avons donné la préférence à *l'hystérectomie* parce que nous ne connaissions pas l'état du contenu utérin et nous craignions une infection puerpérale.

Nous voulons insister encore sur la précocité de l'intervention (3 heures après l'accident), sur les avantages du *drainage Mickulicz* et le caractère indolore de la perforation. Nous croyons aussi que la *vaccinothérapie* a rendu de grands services à la malade.

OBSERVATION XXI

(Constantin HRISTU, Bucarest)

PERFORATION EN COURS DE DILATATION

ABORTIVE; HYSTERECTOMIE; DECES

Mme E. S., 30 ans. Un médecin, *la croyant enceinte de deux mois*, tente un avortement en novembre 1926, sous anesthésie au kélène.

Il perfore le fond de l'utérus avec les bougies de Hégar et, prenant le promontoire pour le crâne fetal qu'il voulait écraser, il perfore en plusieurs endroits l'iléon et rompt quelques petits vaisseaux mésentériques.

Il procède ensuite au *lavage intra-utérin*, applique une poche de glace sur l'abdomen et permet à la malade de *s'alimenter*. Dans la soirée de la même journée, 7 heures plus tard, la péritonite se déclare : *vomissements bilieux*, *température 39°*, *grandes douleurs abdominales*, *faciès péritonéal*.

On intervient 13 heures plus tard sous anesthésie à

l'éther et nous constatons la perforation de l'intestin grêle en trois endroits que nous suturons en deux plans en les enfouissant. Nous lions deux artérioles mésentériques. L'utérus présente une perforation irrégulière du fond, nous procédons à l'hystérectomie sub-totale et à la section de la lèvre postérieure pour faciliter le drainage par le col. Large drainage abdomino-vaginal à la Mickulicz.

Nous constatons que l'utérus n'était pas gravide. Suites post-opératoires : *septicémie colibacillaire* avec petite fièvre ; *anurie* et décès le 7^e jour après l'opération.

L'importance du cas consiste en ce que nous voyons s'installer une péritonite grave d'une manière rapide.

Nous voyons la grande toxicité des péritonites colibacillaires et, de plus, une circonstance rare de lésions intestinales produites par les bougies de Hégar sur un plan solide : le promontoire.

OBSERVATION XXII

(G. PASCALIS)

PERFORATION UTERINE PAR MANŒUVRES ABORTIVES; HYSTERECTOMIE; DECES

Mlle X. a subi une tentative d'avortement : état septicémique avec réaction violente du pelvis. Une hystérectomie totale est pratiquée après consultation, sous anesthésie à l'éther. Il existe une perforation de la dimension d'une pièce de deux francs sous la vessie, elle est entourée d'une zone sphacelée. Septicémie positive au streptocoque hémolytique.

Malgré tous les traitements mis en jeu, la mort survient au bout de trois semaines.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

(Maternité d'Alger)

(Service de M. le Professeur LAFFONT)

*TETANOS UTERIN CONSECUTIF A DES MANŒUVRES
ABORTIVES ; CURETTAGE ; LAVAGE INTRA-UTERIN ;
PERFORATION DE L'UTERUS; HYSTERECTOMIE
DECES*

En août 1932 entre *Salle Tarnier* une multipare de 30 ans, adressée par un médecin de la ville pour *réten tion post-abortum et métrorragies abondantes*.

Les *manœuvres intra-utérines* avaient été faites au moyen d'une *tige de lierre*. Le curettage est pratiqué aussitôt (16 heures) au moyen de la *grosse curette mousse de Wallich*, curettage *normal, doux et facile* en général.

La curette ramène des *débris d'un blanc grisâtre* qui, examinés au laboratoire, décelèrent la *présence de bacilles de Nicolaïer*.

Puis en pratiquant un *lavage intra-utérin* au Tarnier, on s'aperçoit que la canule s'enfonce anormalement, sans résistance aucune.

Arrêt immédiat de toutes manœuvres. *On réchauffe la femme* qui, se réveillant, est prise de syncopes. L'intervention n'a lieu qu'à 21 heures. *Hystérectomie totale* : l'utérus est *perforé sur sa face antérieure* et d'une friabilité extrême.

Décès le lendemain.

Perforations au Cours des Manœuvres Thérapeutiques

1° — *ABSTENTION*

9 cas = 9 guérisons

PERFORATION AU COURS DE LA DILATATION

6 cas = 6 guérisons

OBSERVATIONS XXIV, XXV et XXVI (Inédites)

(Dues à l'obligeance de M. le Professeur FERRARI)

TROIS CAS DE PERFORATION UTERINE AU COURS DE LA DILATATION; ABSTENTION; GUERISON

Femme de 28 ans ayant eu un enfant. Fait une *réten tion* *placentaire* après un avortement provoqué de *deux mois*. *Dilatation aux bougies de Hégar* en vue d'un curetage. L'orifice interne du col utérin est difficile à franchir. La *bougie 12 s'enfonce brusquement* après quelques résistances. On fait une exploration au doigt, on constate une *rupture de l'isthme* du bord gauche de l'utérus sans hémorragie ni rupture du feuillet postérieur du ligament large. *Abstention. Glace. Guérison.*

OBSERVATION XXV (Inédite)

Femme obèse de 40 ans traitée pour *métrite cervicale* antérieurement. Avortement après un retard de *trois mois*, *réten tion placentaire*. Grosse difficulté au cours de

la dilatation à l'aide des bougies. Au N° 13, *on perçoit une fausse route*, vérifiée au doigt, siégeant sur l'isthme du côté droit (ouverture de la plaie dans le paramètre). *Abstention. Glace. Guérison.*

OBSERVATION XXVI (Inédite)

Femme de 35 ans en *réten-tion placentaire* après un avortement spontané de *deux mois et demi*. Dilatation assez difficile au début ; *la bougie 10 s'enfonce brusquement* ; la vérification au doigt montre une rupture de l'isthme et du feuillet postérieur du ligament large ; c'est-à-dire ouvert dans la cavité péritonéale. *Abstention, glace, guérison.*

OBSERVATION XXVI bis

Dans un quatrième cas, il s'agit d'une perforation du fond utérin au moyen de la *bougie n° 13*. Au cours de la *dilatation* (avortement provoqué de trois mois et demi, suivi de *réten-tion placentaire*).

Abstention. Guérison.

Revue par la suite, mobilisation utérine gênée par quelques adhérences.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr VERGOZ)

*PERFORATION AU COURS DE LA DILATATION ;
ON VIDE L'UTERUS PRUDEMMENT ; GLACE ;
GUERISON*

Il s'agit d'une multipare (4 enfants) faisant assez fréquemment des fausses couches provoquées ; *les deux dernières* s'étaient déjà terminées *par deux curettages*. Etant alors enceinte de trois mois, elle *s'introduit une sonde* ; présentant ensuite des signes de *réten-tion*, on décide de faire un *curettage*. *L'utérus est en rétroversion.*

Dilatation normale au début, puis subitement, en poussant la dernière bougie (n° 20), *on perçoit un craquement très net* signalant la rupture de l'isthme utérin. La brè-

che est explorée au doigt et est perçue fort nettement, elle se dirige vers le cul-de-sac vésico-utérin. *L'index gauche reste en contact avec, cette brèche*, une petite curette est introduite dans l'orifice utérin se trouvant au-dessous et en arrière et *le curettage peut être quand même terminé de la sorte*. Glace. — Vaccin I.O.D. —

Un empâtement douloureux perçu au devant de l'utérus fond en quelques jours, *la malade sort guérie 15 jours après*. ..

Actuellement *cette femme est enceinte de 7 mois* et n'a eu aucun trouble depuis le début de sa grossesse.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr. LARRIBERE)

PERFORATION UTERINE (DILATATION) EVACUATION PRUDENTE PAR CURAGE. GLACE. GUERISON

Mme X... grossesse de 4 mois 1/2.

On est appelé auprès d'elle pour une *violente hémorragie, spontanée*, survenue brusquement. — Il s'agit d'hémorragie abondante de sang rouge. — Le col long est fermé, l'utérus atteint l'ombilic.

Devant l'intensité, rare à cet âge de la grossesse, de cet écoulement sanguin, on fait aussitôt transporter la malade en clinique et sous anesthésie à l'éther, on pratique *une dilatation du col aux bougies de Hégar* ; à partir du n° 15 la dilatation progresse un peu trop aisément, et cette facilité attire l'attention.

Au doigt on perçoit dans le cadran *antéro-gauche de l'isthme*, une *rupture longitudinale* ; cette rupture est sous-péritonéale. — On évacue par curage. — *Glace sur le ventre*. — Suites simples.

OBSERVATION XXIX

(R. LABRY et R. LYONNET)

UN CAS DE RUPTURE DE L'ISTHME UTERIN, SURVENUE AU COURS D'UNE DILATATION AUX BOUGIES DE HEGAR — MECHE — GUERISON

Mme G... 27 ans est vue la première fois par l'un de nous

le 12 décembre 1930 pour métrorragies survenues dit-elle, après un retard de règles de 1 mois 1/2 à 2 mois. Il s'agit d'une femme habituellement assez irrégulièrement réglée, mais présentant pour le moment, des signes fonctionnels nets de gestation. Le toucher fait percevoir très haut un col ramolli et entr'ouvert ; l'utérus paraît gros et très mou, mais il est impossible de sentir le fond utérin, la malade étant obèse et la palpation douloureuse. On admet : menace de fausse couche sur grossesse de 2 mois et on formule le traitement classique.

La malade revient le 16 décembre ; les *métrorragies* ont continué, en prenant en plus, *un caractère de fétidité* anormale. Il ya un peu de fièvre et une légère réaction péritonéale avec nausées et ballonnement. Au toucher, le col est perméable à 1 doigt, et aux dires de la malade, il y aurait eu *expulsion de débris membraneux* au cours de coliques utérines. Aussi, décide-t-on une évacuation utérine.

Intervention le 17 décembre 1930 : on se propose de faire sous anesthésie générale, *une dilatation suivie de curage*. La malade endormie, on a la surprise de constater que, volontairement ou non, l'opérée nous a trompée sur la date de la grossesse et qu'il s'agit d'un *utérus de 4 mois* avec œuf mort et probablement infecté.

Si, par l'orifice cervicale dilaté aux bougies de Hégar, on arrive sans trop de peine à extraire les membres et le corps fœtal, il n'en est plus de même, lorsqu'il s'agit de *la tête qui bientôt se sépare du tronc* et roule devant le doigt dans un utérus volumineux qu'on a peine à bloquer par une main abdominale. Devant ces faits, on pousse plus loin la dilatation, de façon à pouvoir introduire deux doigts, et on parvient *ainsi à broyer* et à extraire la tête. L'extraction du placenta se fait sans difficulté.

En vérifiant en fin d'intervention la cavité utérine, on s'aperçoit qu'il existe au *niveau de l'orifice interne du col dans sa portion latérale gauche, une très large brèche*, où on pénètre facilement le doigt et qui donne issue à une hémorragie assez importante. L'orifice externe du col est absolument indemne.

Cette *hémorragie est sérieuse*, au point qu'on pense à une hystérectomie immédiate ; mais cette idée est vite

repoussée, étant données déjà la durée et la complexité des manœuvres intra-utérines, et on se résout à la simple manœuvre suivante : mise en place dans cette brèche isthmique d'une mèche peu tassée.

Les suites opératoires furent très simplès et l'*apyréxie* complète. La mèche est enlevée 24 heures après et tout se passe normalement ; la *malade sort au treizième jour*.

Revue en février elle est en excellent état général et local : A l'*examen* utérus de volume et de mobilité normale, pas de lésions annexielles, ni d'infiltration du paramètre gauche.

OBSERVATION XXX

(Par J. DESOUBRY)

PERFORATION UTERINE PAR DILATATION (BOUGIES)

LE CURAGE EST TERMINE. GUERISON

Mme M. L. 34 ans secondipare. Entre à l'hôpital avec un très mauvais état général, une température à 39°5 et des signes de *retention placentaire*. Les pertes peu abondantes sont très fédites ; le col est entr'ouvert, mais imperméable, l'utérus mou est un peu sensible. Le curetage immédiat s'impose. M. le Professeur BRINDEAU me demande de faire pratiquer la dilatation aux bougies par un élève du service, qui termine sa médecine ; la femme endormie, celui-ci introduit facilement et sans effort apparent les bougies de Hégar jusqu'au n° 11. A ce moment, il semble que la striction du col rende un peu plus pénible l'introduction des numéros suivants ; très vite pourtant et facilement il atteint le n° 13 au 15. A ce moment, et avant qu'il n'introduise la curette, je pratique le toucher et m'aperçois, à ma grande stupéfaction, qu'après avoir franchi l'orifice externe du col, mon doigt tombe sur deux trous, placés côte à côte, en canons de fusil : après avoir hésité quelques instants et pensé à... un utérus double, je me rendis compte qu'il s'agissait d'une perforation latérale de l'isthme ; l'orifice de perforation avait été progressivement dilaté par les bougies de calibre croissant ; ce qui avait déterminé la formation d'une véritable petite cavité en doigt de gant,

latéro-utérine, dans l'épaisseur du ligament large. Très prudemment, je fis au doigt, l'évacuation de la cavité utérine, et ramenai de gros débris placentaire putréfiés. La femme fut immobilisée et glacée et dès le surlendemain, la température était à 37°. quinze jours plus tard, elle quittait le service en excellent état.

OBSERVATION XXXI
(BRINDEAU)

PERFORATION UTERINE PAR DILATATION. (BOUGIES)
LE CURETAGE EST CONTINUE — GUERISON

Mme O. W. 39 ans, tertipare. Première grossesse normale, deuxième grossesse compliquée d'albuminurie avec œdèmes et grosse hémorragie de la délivrance. Américaine, depuis peu à Paris, elle recommence une troisième grossesse elle souffre dès le début de palpitation, de dyspnée ; elle est obèse, infiltrée, présente un bruit de galop à la base, de l'albumine, une tension de 12×20 . Le médecin américain qui la soigne l'adresse au Professeur BRINDEAU dans le but d'interrompre la grossesse. Après l'avis d'un médecin de médecine générale, on décide de provoquer l'avortement. La femme, transportée en clinique. M. BRINDEAU pria le confrère chirurgien connu en Amérique du Nord, de pratiquer l'opération, lui même l'aiderait. La malade endormie, le chirurgien entreprit la dilatation extemporanée aux bougies de Hégar. Ce col était cicatriciel comme celui de beaucoup de multipares. Les premières bougies passèrent facilement puis il y eut obstacle qui céda brusquement et la dilatation se poursuivit jusqu'au volume du pouce. Une pince fut introduite à travers l'orifice dilaté et ramena bientôt un cordon que l'opérateur prit d'abord pour le cordon ombilical ; il fut facile de voir que c'était l'appendice. Le toucher, pratiqué à la main nue, montra une perforation au niveau de la paroi antérieure de l'utérus à travers laquelle on sentait appendice et cœcum. La fausse route repérée, on trouva facilement la cavité utérine qui fut vidée par la brèche. Le doigt pu décoller la placenta et extraire le fœtus, assez gros. On se contenta de placer une mèche dans l'utérus, une autre dans le cul-de-sac péritonéal antérieur. Glace sur le ventre. La femme guérit sans complications.

PERFORATION PAR LAMINAIRE

1 cas = 1 guérison

OBSERVATION XXXII (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur LAFFONT)

*PERFORATION DE L'ISTHME DU A DES LAMINAIRES
AU COURS D'UN AVORTEMENT PROVOQUE POUR TU-
BERCULOSE ET GROSSESSE. LE FŒTUS EST RETROU-
VE DANS LE DOUGLAS D'OU IL EST RETIRE PAR LA
BRECHE. — ABSTENTION. — GUERISON*

Femme de 30 ans, tuberculose évolutive. Troisième grossesse en trois ans.

Une consultation avec un *phtysiologue* décide l'interruption de la gestation au début du troisième mois. Une *laminaire cervicale n° 12* suivie d'une deuxième *laminaire n° 18* chacune placée pendant 12 heures environ, donne une dilatation suffisante. Cette dilatation s'est effectuée très facilement.

Au moment où l'on procède à l'intervention on s'aperçoit que *l'utérus a diminué de volume* et l'on ne ramène que des débris ovulaires et des éléments choriaux : le fœtus ne se trouve plus dans l'utérus.

Un examen minutieux pratiqué alors, permet de sentir dans le Douglas, à travers la brèche qui a été faite par les *laminaires* dans la face postérieure de l'isthme, que le fœtus est passé au travers de cette brèche, le cordon est encore dans l'orifice de la perforation.

Avec le doigt aidé de la curette, on ramène le fœtus éviscéré et morcellé.

Glace sur le ventre. Suites normales.

La femme n'eut pas de grossesse ultérieurement et mourut quatre ans plus tard sans avoir eu d'ennuis **pelvi-génitaux**.

PERFORATION AU COURS DU CURETTAGE OU DU CURAGE.

ABSTENTION

6 cas = 6 guérisons

OBSERVATIONS XXXIII et XXXIV (Inédites)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur FÉLIIARI)

DEUX CAS DE PERFORATION UTERINE AU COURS DU CURETTAGE — ABSTENTION — GUERISON

Il s'agit d'une femme de 32 ans qui fait une rétention après un avortement de trois mois (spontané). On décide de vider l'utérus. Dilatation normale aux bougies de Hégar jusqu'au n° 14. Après quelques manœuvres à la *curette d'Auvard*, on la sent subitement filer dans le ventre. Retrait prudent de l'instrument. *Abstention*, glace sur le ventre, *guérison*. Revue deux mois après en parfaite santé. Perdue de vue depuis.

XXXIV (Inédite)

Femme de 40 ans ayant eu déjà 6 enfants (déjà traitée pour métrite parenchymateuse) pratique des manœuvres abortives après un retard de trois mois. *Dilatation normale* aux bougies de Hégar jusqu'au n° 14. Après quelques manœuvres la *curette d'Auvard* perce le fond utérin. *Abstention*. Suites légèrement fébriles puis *guérison*. Revue un an après en excellente santé.

OBSERVATION XXXV (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr. VERGOZ)

PERFORATION PAR CURETTAGE

ABSTENTION — GUERISON

VERIFICATION AU COURS D'UNE LAPAROTOMIE

15 JOURS APRES

Il s'agit d'une femme curettée pour métrorragies,

d'origine métritique dans un utérus *en rétroversion*. Dès les premières manœuvres la *curette perfore l'isthme* et va perculer le promontoire dont on sent le contact très nettement.

Abstention. Glace.

15 jours après, *intervention* : laparotomie médiane pour effectuer le *procédé de Doléris* (Traitement de la rétroversion).

On voit très bien la perforation, d'un calibre correspondant à celui de la curette introduite, déjà oblitérée par un bouchon muqueux. On fait la ligamentopexie. Guérison.

OBSERVATION XXXVI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr. DOUAY)

PERFORATION UTERINE AU COURS DU CURETTAGE TAMPONNEMENT VAGINAL — GLACE — GUERISON

Melle H... 20 ans, grossesse de 2 mois. *Curettage après dilatation aux bougies de Hégar* dans cabinet de consultation.

Le 15 Décembre 1934 l'opération est presque terminée, la malade dort mal et s'agite, l'écoulement du sang ne s'arrête pas. Le médecin croit utile de faire une vérification et met une petite curette dans l'utérus ; un mouvement de la malade : *la curette perfore l'utérus*.

La curette est aussitôt *ramenée avec prudence*. Tamponnement vaginal et transport immédiat à la Maison de Santé.

Vue par le Docteur DOUAY 2 heures après la perforation. La malade est pâle, très nerveuse, le tamponnement vaginal retiré.

EXAMEN. — Utérus bien rétracté et dur. — Sensibilité dans le Douglas. — Pouls et température normaux. — Glace sur le ventre. — 2 heures plus tard la malade est revue. — Bon état général, plus calme, ventre indolore.

Le lendemain : bon état : on n'intervient pas. — Suites favorables.

Le troisième jour : empâtement douloureux de Douglas et du cul-de-sac droit. — Température 39°. — Pelvipéritonite très localisée. Amélioration le lendemain après vaccin (propidon).

L'empâtement disparaît après 8 jours. — *La malade quitte la Maison de Santé, le dixième jour en très bon état.*

Circonstances ayant déterminé la non intervention :

- 1°. absence de traumatisme intra-péritonéal;
- 2°. utérus non infecté et vidé (Perforation en fin de curetage.
- 3°. à l'examen utérus revenu sur lui-même, dur, contracté.
- 4°. surveillance dans un milieu chirurgical.

La petite réaction pelvienne du troisième jour a montré qu'il y avait eu perforation, mais à ce moment l'indication opératoire n'était même pas à discuter.

OBSERVATION XXXVII (Inédite)

(Maternité d'Alger Service du Professeur LAFFONT)

PERFORATION AU COURS DU CURETTAGE

ABSTENTION .. GUERISON

En Septembre 1934 entre à la Maternité pour y subir un *curettage thérapeutique*, une jeune femme de 25 ans qui présente une *bacillose pulmonaire* évolutive.

La dilatation est entreprise le soir au moyen *d'un faisceau de petites lamineaires*. Le lendemain, elle est terminée extemporanément aux bougies de Hégar.

Le curettage pratiqué au moyen de la grosse curette de Wallich est absolument normal. Au moment où l'on

veut pratiquer la *révision utérine* avec la petite curette tranchante, celle-ci sans efforts apparents, *semble dépasser la limite* du fond utérin et la main de l'aide pût percevoir son contact très net dans la région ombilicale. Retirée aussitôt avec précautions, le traitement institué fut l'*abstention* (glace sur le ventre, repos, diète lactée 48 heures).

Les suites furent simples. La malade suivie actuellement dans un service de médecine pour son appareil pulmonaire dit n'avoir eu aucun accident génital ultérieur.

OBSERVATION XXXVIII

(EPARVIER)

HEMORRAGIE PAR RETENTION PLACENTAIRE UN MOIS APRES UN ACCOUCHEMENT A TERME ; PER- FORATION UTERINE AU COURS DE L'EXPLORATION DIGITALE. ABSTENTION. GUERISON

Mme V. vient à la première infirmerie de la Charité (service de M. le Docteur TRILLAT) *un mois après un accouchement à terme* fait en ville par un médecin praticien, sans autre incident qu'un forceps pour inertie de la période d'expulsion.

Son entrée à l'infirmerie de la Maternité est déterminée par des hémorragies importantes qui l'inquiètent. L'utérus est un peu augmenté de volume, le col absolument fermé. Le repos suffit à enrayer ces hémorragies. Mais 15 jours après sa rentrée chez elle, cette jeune femme, inquiétée de nouveau par des pertes, fait appel à moi, qui avais eu l'occasion deux ans auparavant de pratiquer chez elle un curage à l'occasion d'une fausse couche.

Je trouve à ce moment *un polype de la grosseur d'une noix* en voie d'évacuation par le col, mais retenu par un pédicule.

Sous anesthésie générale *j'extrais ce polype* et *j'explore la cavité utérine*, qui est béante. La moitié droite de l'utérus est d'une épaisseur normale, tandis qu'un amincissement considérable existe du côté gauche, si bien

qu'au cours de l'exploration le doigt passe sans aucun effort au travers de cette paroi.

Sans aucune autre manœuvre bien entendu, l'apyrexie étant complète, je fais mettre de la glace sur le ventre, me tenant prêt à intervenir au moindre signe.

Tout rentre dans l'ordre sans aucune complication.

Le polype retiré, examiné histologiquement, était un polype placentaire.

2° SUTURE

1 cas = 1 guérison

OBSERVATION XXXIX

(LE LORIER)

PERFORATION DE L'UTERUS AU COURS DU CURETTAGE, SUTURE, GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT ULTERIEUREMENT

Il s'agit d'une perforation utérine qui a été déterminée par une curette dans un utérus saignant pour rétention placentaire avec une grossesse de trois mois et demi environ. L'opérateur qui faisait le curettage s'aperçut tout à coup qu'il ramenait dans le vagin quelque chose qui, mal identifié tout d'abord, apparut comme une anse intestinale. Aussitôt on cessa le curettage et, séance tenante, une laparotomie fut pratiquée. Il fut nécessaire de réséquer une certaine longueur d'anse intestinale qui avait été violemment traumatisée et dont le pédicule vasculaire saignait abondamment. On jugea préférable de conserver l'utérus, la femme étant jeune et n'ayant pas d'enfant et, à cet effet, après avoir circonscrit la perforation utérine en taillant une tranche de tissu utérin sur la paroi antérieure absolument comparable à une côte de melon, on en fit l'excision et l'on termina par une suture soignée. Le résultat immédiat fut excellent ; ce qui est particulièrement important, c'est qu'une grossesse survint ultérieurement et se termina à terme par la naissance d'un enfant vivant. Ce qui montre, par conséquent que, malgré la résection d'une portion relativement

importante de sa paroi, un utérus peut conserver ses capacités fonctionnelles rigoureusement intactes.

3° — HYSTERECTOMIE

12 cas = 9 guérisons

OBSERVATION XL (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr. CHOME)

PERFORATION PAR PINCE A FAUX GERME.

LESION INTESTINALE. HYSTERECTOMIE. GUERISON

Mme Mad. P. entre à la Pitié le 12 Décembre 1925, parce qu'elle perd du sang et des caillots. Dernières règles : 10 Septembre. L'utérus correspond en effet à *une grossesse de 3 mois environ. Le col est entr'ouvert.*

Le 17 Décembre *on décide d'évacuer l'utérus* (interne du service). — Dilatation du col aux bougies de Hégar. — Extraction du placenta et du fœtus à *la pince mouchette.*

Au cours d'une des prises *on ramène un fragment de tissu* qui, examiné ultérieurement *paraît être une anse intestinale.* Le doigt est immédiatement introduit dans l'utérus et l'on constate *une vaste perforation du fond utérin.* Le doigt revient souillé de matières fécales.

On passe aussitôt la malade à la salle d'opération.

Intervention : Laparotomie médiane sous ombilicale. Uterus extrêmement mou : *hystérectomie subtotale.*

L'hystérectomie terminée on passe à l'examen de l'intestin et l'on constate un arrachement de la portion terminale de l'iléon et du fond du cœcum. *Résection iléocolique, anastomose latéro-latérale* au fil de lin. Mickulicz dans le Douglas. Drain Goldmann dans la fosse iliaque droite. *Suture* en un plan au bronze. *Guérison.*

OBSERVATION XLI

(FERRARI)

PERFORATION PAR PINCE A FAUX GERME

HYSTERECTOMIE. PAS DE DRAINAGE. DECES

En Septembre 1934, je fus appelé auprès d'une femme

de 40 ans qui avait subi des manœuvres abortives au quatrième mois d'une grossesse. Le médecin qui la vit avant moi avait constaté une *rétenction complète* et entrepris un curettage, mais ne pouvant réussir à tout enlever avec la curette, il essaya d'extraire ce qui restait avec une *pince à germe*. Mais, à un moment donné, il ramena l'épiploon. Je vis la malade douze heures après cet accident et décidai l'intervention immédiate. A l'ouverture de l'abdomen, l'utérus, gros comme les deux poings et mou, présentait, sur la paroi postérieure, une perforation large de 4 centimètres environ. Du sang s'était épanché dans le petit bassin. Je fis une *hystérectomie* subtotale et, après toilette soignée du péritoine, je fermai l'abdomen *sans drainage*. La malade mourut, trois jours après, de *péritonite*.

J'ai pensé, dans la suite, que j'aurais pu, chez cette malade déjà très affaiblie, *me borner à la simple laparotomie avec suture de la perforation* et mise en place d'un *Mickulicz* dans le Douglas.

OBSERVATION XLII (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr. LARRIBERE)

PERFORATION D'UN UTERUS SEPTIQUE AU COURS DE LA DILATATION — HYSTERECTOMIE. — GUERISON

Mme X., saigne depuis trois mois à la suite d'un *avortement provoqué* après un retard de règles d'un mois.

A subi un premier curettage après cet avortement (15 jours après), mais a continué à saigner.

Dilatation aux bougies coniques de Joly jusqu'au n° 9 seulement. Introduction d'une petite curette et *évacuation de l'utérus* qui contient des débris fétides.

En faisant un *dernier tour de la cavité utérine avec la curette*, on la sent, alors qu'elle allait d'arrière en avant, s'engager dans une *dépression située sur la face antérieure*.

En raison de la fécondité des débris ovulaires retirés, et de l'ancienneté de l'avortement, on décide de pratiquer une *hystérectomie subtotale*. Sur la face antérieure de l'utérus, il existe une perforation minime qui ne laisse passer sans forcer qu'une bougie n° 6.

Il n'existe pas d'autres lésions, il n'y a pas de sang dans le Douglas. Suites simples.

C'est en dirigeant la curette d'arrière en avant que l'on perçoit la perforation. Ici le minimum de dilatation préalable avait été pratiqué avec les bougies de Joly. Les bougies sont uniformément coniques, et creuses et s'emboutissent l'une dans l'autre ce qui présente un certain avantage du fait qu'elles sont peu encombrantes. Mais elles sont plus dangereuses que d'autres car la forme conique fait que l'on perçoit une résistance continue et égale à mesure que l'on pousse. Pendant ce temps la pointe de la bougie peut perforer la paroi utérine, sans transmettre la sensation de la perforation. (Voir figure N° XII).

CONCLUSION : Beaucoup de perforations doivent passer inaperçues et bien des péritonites, ou salpingites après curettage doivent avoir une perforation à l'origine.

Ici, *cette découverte est due à un pur hasard*. Car elle fut faite pendant une révision.

OBSERVATION XLIII (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le Dr. CHAPUS)

PERFORATION AU COURS DE DILATATION UTERINE HYSTERECTOMIE. GUERISON

Mme B., 32 ans cinquième pare accouchements antérieurs normaux.

Le 26 Février 1935 on est en présence d'une femme présentant un retard de deux mois et qui *avoue les manœuvres abortives* suivantes exécutées par elle-même.

Mise en place à partir du 18 de « *queues de persil* » de plus en plus rigides à mesure que la malade constate leur inefficacité. 4 fois, Mme B... se livre à la même pratique. La quatrième fois écoulement sanguin (le 24/2/35).

L'écoulement s'arrête dans la nuit. Le 25 au soir Mme B... a recours à un thermomètre qu'elle pousse aussi haut et aussi fort qu'elle peut. Quelques heures plus tard, *douleurs très vives* au côté gauche de l'abdomen, vomissements.

On examine la malade le 26 au matin. Elle a encore vomi, température 38°1, elle souffre de son côté gauche. Le ventre est souple, douloureux au niveau du point ovarien gauche.

Toucher : utérus gros présentant les caractères d'un utérus gravide de deux mois environ. A droite cul-de-sac souple. Cul-de-sac gauche douloureux.

On *décide de faire un curettage*. Curettage le 26 au soir vers 5 heures. Avant l'intervention la malade a vomi. La température est à 38°4 le pouls à 110.

Au cours de la dilatation la bougie s'enfonce anormalement, on enlève le spéculum. Toucher et palper combinés permettent la constatation d'un globe utérin à droite et de la bougie sortant de l'isthme, à gauche.

Intervention à 8 h. 1/2. Docteurs : COUNIOT et CHAPUS.

Laparatomie médiane. Epanchement sanguin abdominal peu important. Coloration rosée du péritoine et petit bassin.

Hystérectomie sub-totale (procédé américain).

La tranche de section utérine passe sur l'orifice de perforation siégeant au niveau de l'isthme et à gauche.

Suture du péritoine. Fermeture de la paroi après drainage avec un *Mickulicz*.

Examen de la pièce : *Utérus perforé au niveau de la*

région isthmique gauche. Il contient les débris placentaires ; pas de fœtus.

Les suites opératoires sont *normales*. Pyrexie à 38°4, 39° jusqu'à ce que le Mickulicz soit complètement enlevé.

Le malade se lève au dix septième jour et sort de la clinique, guérie.

OBSERVATION XLIV

(Par MM. GUYOT et Jean VILLAR)

CURETTAGE, PERFORATION UTERINE, ABSTENTION MOMENTANEE PUIS HYSTERECTOMIE : GUERISON.

Jeune femme de la Martinique âgée de 34 ans. Pleurésie. Appendicite opérée et paludisme dans ses antécédents. Bien réglée. Une première fausse couche il y a un an.

Fausse couche de deux mois au mois de Septembre. Hémorragies répétées depuis, plus abondantes au cours de Novembre. Fièvre à 39° le 26 Novembre. Elle se décide à entrer à l'hôpital. Elle est alors fatiguée, anémiée, perd du sang, mais n'a pas de fièvre.

A l'examen l'utérus n'est pas très gros mais le col est ramolli entr'ouvert et saignant. Le curettage est pratiqué le 28 Novembre. Quoiqu'il eut été fait très prudemment, on a la sensation que la *curette, brusquement, se trouve intra-péritonéale*. Tamponnement utérin.

5 heures après la malade ayant un pouls à 120, étant fatiguée, on l'examine. Matité dans les flancs. *Pas de réaction péritonéale*. On décide d'intervenir. Laparotomie médiane. Il existe à peu près 500cc de sang dans le petit bassin. L'utérus est perforé au niveau de son fond. *Hystérectomie rapide, Mickulicz* (la malade ayant eu 39° la veille).

Suites favorables. Après un choc opératoire minime et une légère réaction péritonéale, évolution normale. Sort guérie au bout d'un mois, après une poussée de paludisme dans le service.

L'utérus présenté est sectionné à ce moment, montre que le fond est, au niveau de la perforation, extrêmement mince, par rapport aux parois qui ailleurs sont assez épaisses. Il existe aussi à ce niveau comme *une géode creusée* dans le muscle utérin et qui a préparé la voie à la perforation (manœuvres abortives répétées probables).

OBSERVATION (XLV) (Inédite)

(Maternité d'Alger Service du Professeur LAFFONT)

PERFORATION UTERINE. CURETTAGE
HYSTERECTOMIE. DECES PAR COMPLICATIONS
PULMONAIRES

Madame F... 23 ans, a fait quatre jours auparavant, une fausse couche spontanée de trois mois environ : le fœtus aurait été expulsé.

La malade a de la fièvre depuis cet accident. Elle présente des pertes fétides et sanguines. L'utérus est grös et mou. On décide le surlendemain *de vider l'utérus des débris en rétention.*

La température persiste malgré la vaccinothérapie et la glace

Le curage n'est guère possible en raison de l'étroitesse du col et on est obligé de prendre *la curette de WALLICH.* En explorant prudemment le fond utérin *on sent tout d'un coup que la curette s'enfonce anormalement.* Devant cet accident, on cesse toute manœuvre.

La malade présente à ce moment *un état de choc* grave que l'on traite par du sérum de cheval. Puis on décide d'intervenir par voie haute sous anesthésie générale. *Laparotomie sous ombilicale.* Mise à découvert d'un utérus présentant *une perforation comme un franc* environ au niveau de la face postérieure près de la corne droite. Un peu de sang est épanché dans le péritoine. Hystérectomie subtotale. Mise en place *d'une mèche vaginale* par le col dont l'extrémité vient tapisser le pied du ligament large. Péritonisation dessus. *Drainage Mickulicz,* suture de la grosse paroi en un plan, fil de bronze.

Décès 5 jours après : congestion pulmonaire bi-latérale.

OBSERVATION XLVI

HELMAN

PERFORATION DE L'UTERUS. DECHIRURE DU
GRELE. DESINSERTION DU MESENTERE. ANASTOMOSE
HYSTERECTOMIE. GUERISON.

Une curette attire l'intestin grêle jusque dans le vagin

et l'arrache au niveau de la valvule iléo-cæcale. La désinsertion sur le mésentère est de 40 c/m. La laparotomie permet de faire la résection de l'intestin grêle, une anastomose iléo-colique, latéro-latérale et l'hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION XLVII

M. KELLER

PERFORATION POST ABORTUM.

HYSTERECTOMIE VAGINALE. GUERISON

Femme d'une trentaine d'années, tertipare, traitée pour restes d'avortement ; l'hémorragie continuant, le médecin se décide à faire le curage suivi de curettage qui était très pénible vu que le col était à peine perméable pour un doigt.

Après l'intervention tamponnement ; mais dès que le tampon est retiré, l'hémorragie recommence. Ceci se répète à deux reprises.

L'état général de la femme est très mauvais, pouls filiforme aspect très anémié, ventre très sensible, dans les parties basses, tendu.

En narcose on palpe à droite *dans la paroi utérine une large déchirure* à bords irréguliers conduisant sous le péritoine, ou même jusque dans la cavité abdominale. Vu l'état général et l'importance de la lésion, on se décide à l'extirpation de l'utérus par voie vaginale ; tamponnement, guérison.

Sur la pièce on voit *deux perforations*, l'une plus grande, largement perméable pour un doigt sur le bord droit de l'utérus qui a *très probablement été faite par le doigt*, et l'autre plus petite à bords tranchants dans la paroi postérieure, qui semble être faite par un instrument très probablement la curette ou la pince qui a servi à tamponner l'utérus.

OBSERVATION XLVIII

P. SEJOURNET

PERFORATION UTERINE AU COURS DU CURETTAGE
ETAT PERITONEAL. HYSTERECTOMIE. GUERISON

Mme X... 34 ans est admise d'urgence dans le service pour un syndrome péritonéal aiguë, survenu quelques heures après un *curettage utérin*, pratiqué en ville.

Examen interrogatoire. — A l'examen l'abdomen est distendu, ballonné, douloureux. La *contracture est généralisée* et plus marquée dans la fosse iliaque droite. Présence de *nausées* et de *hoquet*. *Température à 38°, pouls accéléré à 130-140. L'état général est grave.*

Localement le col est gros, son orifice dilaté admet l'extrémité de l'index. Le corps est en antéflexion du volume du poing. Les culs-de-sac vaginaux latéraux et le postérieur sont très douloureux.

Les renseignements suivants sont fournis : la malade était *enceinte d'environ deux mois*, lorsqu'elle a commencé à se plaindre de métrorragies, avec expulsion de caillots. L'apyrexie était complète, pas trace d'infection.

Un médecin a jugé utile de faire un *curettage*. Celui-ci a été pratiqué le matin même, à domicile, sous anesthésie générale. *Injection intra-utérine* après l'intervention. Rien d'anormal au cours des manœuvres.

Quelques heures après l'intervention, la malade se plaint de douleurs abdominales violentes, avec sensation de *barre épigastrique* et dyspnée progressive. Le médecin rappelé voit la malade avec un consultant, chirurgien. L'envoi à l'hôpital est décidé avec le diagnostic : *perforation utérine probable*.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale (M. Breton interne).

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une importante quantité de liquide d'aspect bouillon sale.

A la face postérieure de l'utérus, au niveau de la corne gauche : *perforation à bords déchiquetés*, de 4 à 5 millimètres, par où pénètre une sonde exploratrice. *Hystérectomie subtotalé, Mickulicz.*

Suites opératoires : simples : *guérison.*

OBSERVATION XLIX

FERRARI

RETENTION PLACENTAIRE POST-PARTUM. REVISION
UTERINE. PERFORATION. HYSTERECTOMIE. DECES

La perforation utérine post partum au cours d'un curage digital que j'ai observée concernait *une femme de 23 ans* accouchée la veille et qui fit une hémorragie très abondante ayant nécessité son transport en clinique où je fus appelé à l'examiner. Le cas pressait, la rétention placentaire était évidente, de l'avis même de la sage-femme qui assista l'accouchée. L'utérus était très mou, gros et perméable, si bien que, sans anesthésie, *je fis un curage digital* qui me permit d'enlever un débris placentaire du volume d'un œuf de poule. C'est après l'avoir enlevé que, voulant faire *une vérification de la cavité utérine* pour me rendre compte de sa vacuité complète, je sentis sous mon doigt quelque chose de mou que j'attirai et qui était de *l'épiploon*. A quel moment avais-je perforé l'utérus ? Au cours du curage ou pendant la vérification ? Je crois que c'est pendant le curage car la perforation siégeait au niveau de l'insertion du cotylédon en rétention. Sur le champ, je décidai de pratiquer une laparotomie. La déchirure siégeait sur la moitié supérieure du corps utérin, à droite de la ligne médiane. Je fis une *hystérectomie subtotale*. *La malade, très shockée, mourut six heures après l'intervention.*

OBSERVATION L

(TRILLAT et DOUILLET)

PERFORATION UTERINE AU COURS D'UN CURAGE
DIGITAL. DANS UN CAS D'HEMORRAGIE SECONDAIRE
TARDIVE. HYSTERECTOMIE. GUERISON

La malade âgée de 25 ans, sans antécédent pathologique notable, a accouché normalement à terme, il y a un an et demi, d'un enfant vivant. Elle n'a, jamais eu de fausse-couche.

Dernières règles le 12 Septembre 1928. Le 28 février 1929, donc au 6ème mois de sa seconde grossesse, elle

avorte à la Maternité d'un monstre macéré, du poids de 1.300 gr. Le placenta, pesant 570 gr. paraît complet ; il n'est pas pratiqué de révision intra-utérine.

Le Wassermann pratiqué dans le sang du cordon a été négatif.

Deux jours après l'avortement, ascension thermique, avec température irrégulière, clochers au-dessus de 40° précédés de frissons, lochies purulentes ; au toucher l'utérus reste gros et mou, le col entr'ouvert. Traitement par le vaccin S. F. S. et par novarsenobenzol en injections intra-veineuses.

La température baisse progressivement, et atteint 37° le 21 Mars.

Puis elle remonte de nouveau au-dessus de 38°, en même temps que se produisent quelques hémorragies de sang noirâtre, avec des caillots ; la malade est soumise au traitement médical de l'hémorragie ; ergotine et chlorure de calcium en potion, citrate de soude intra-veineux.

Le 26 mars, c'est-à-dire un mois après l'avortement, se produit, dans la nuit, une hémorragie extrêmement abondante, de sang rouge, paraissant n'avoir aucune tendance à s'arrêter par les petits moyens.

Le toucher montre un utérus gros, mais fixé, le col dilaté. Une certaine résistance de la paroi abdominale *au niveau de l'hypogastre*.

Devant l'abondance de l'hémorragie qui a provoqué chez la malade un état d'anémie déjà très marqué, on pratique, sous anesthésie générale à l'éther, un toucher intra-utérin : celui-ci fait percevoir, sur la face antérieure et le fond de l'utérus, de grosses masses bourgeonnantes, solidement implantées ; prudemment l'on essaie d'extirper au doigt ces masses, qui se montrent très adhérentes ; on en enlève le volume d'une grosse noix environ. La paroi utérine reste irrégulière et anfractueuse : on se décide à terminer simplement par une injection intra-utérine chaude, lorsque *l'index, qui explorait la cavité, découvre une perforation, siégeant près de la corne gauche, et où s'engage facilement toute la pulpe du doigt.*

On met alors une mèche iodée dans la cavité utérine.

Sur l'avis de M. le Docteur TRILLAT, prévenu immédiatement, la malade est transportée d'urgence à l'Hôtel Dieu, pour hystérectomie.

L'intervention est pratiquée par le docteur WERTHEIMER, moins de deux heures après la perforation.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane. On trouve une péritonite diffuse, avec abcès entre les anses grêles, et entre la vessie et l'utérus.

Libération des anses grêles et de l'S iliaque. La perforation siège au fond utérin, près de la corne gauche. *L'utérus est très friable.* Les annexes présentent peu de lésions.

Hystérectomie totale. Mèche vaginale. Péritonisation haute. Drainage de la loge rétro-vésicale par mèche et drain.

Durée totale de l'intervention : 35 minutes.

Les suites opératoires ont été simples, la température de 39° descend très progressivement jusqu'à l'apyrexie complète au début de mai.

Le 2 Mai la malade quitte le service guérie localement, mais conservant encore un état anémique, qui ne s'est que très lentement amélioré depuis l'intervention.

La pièce opératoire montre la perforation, de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; elle montre une muqueuse utérine, normale, au niveau du col, mais hérissée de végétations bourgeonnantes au niveau du corps.

Ces végétations ne paraissent absolument pas, macroscopiquement, présenter de caractère néoplasique.

Une partie des fragments prélevés par le curage a été envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique ; le résultat de l'examen histo-pathologique n'est pas encore parvenu.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation, qui met en relief *l'extraordinaire friabilité*

bilité de l'utérus dans certains cas d'hémorragie tardive par rétention placentaire.

OBSERVATION LI

M. KELLER

PERFORATION DE LA DELIVRANCE
HYSTERECTOMIE TOTALE

Femme de 32 ans, alitée après un accouchement normal pour thrombo-phlébite dans le ligament large à gauche.

Avant le lever, la femme est examinée et on trouve un *poïype placentaire* de la grosseur d'une noix qui, jusque là, n'avait donné aucun symptôme. On décide de l'enlever en narcose ; pendant l'intervention on remarque que *la paroi postérieure de l'utérus a cédé et que le doigt passe par une large ouverture dans la cavité abdominale*. Tamponnement temporaire : quand on le retire on voit apparaître de *l'épiploon*.

Laparotomie : extirpation totale de l'utérus. Guérison.

Sur la pièce on voit qu'il s'agit de trois perforations différentes :

1° *Une déchirure du col* devant et allant vers le côté droit.

2° *Déchirure large* du fond de l'utérus,

3° *Perforation de la paroi postérieure* de l'utérus perméable pour un doigt.

Il est certain que *l'extrême friabilité* a joué dans cette observation un certain rôle ; les différentes perforations se sont faites très probablement à différents moments de l'intervention tant avec le doigt qu'avec l'instrument qui a servi à introduire le tampon dans la cavité utérine.

CHAPITRE SIXIEME

ETUDE STATISTIQUE

Nous croyons intéressant d'ajouter aux observations que nous venons de citer et de résumer, une statistique qui n'a pas la prétention d'être complète, mais qui a pour but de réunir en un tableau d'ensemble, les faits que nous avons eu l'occasion d'étudier plus particulièrement.

Cette statistique porte sur un total de 285 cas.

Les observations inédites, publiées dans notre travail, sont au nombre de 27. Nous les devons à l'obligeance de Messieurs BRINDEAU, CHAPUS, CHOME, DOUAY, FERRARI, JAHIER, A. LAFONT, LARRIBERE, VERGOZ, que nous tenons à remercier très vivement ici, pour la contribution qu'ils ont bien voulu apporter à notre étude. Celles d'entre elles qui figurent dans notre statistique, portent la mention « INEDITE ».

Comme on le verra, le nombre le plus élevé des interventions pratiquées, consiste en *hystérectomies*, puis en *sutures*, puis en *abstention* avec ou sans laparotomie, et enfin, en *hystérectomie vaginale*, puis *colpotomie*,

NOMS des AUTEURS	Total des Cas	ABSTENTION		DRAINAGE SIMPLE		SUTURE		HYSTERECTOMIE		Hystérectomie vaginale		COLPOTOMIE		OBSERVATIONS
		Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	
Ameline	1							1						Accouchement à terme
André	1							1						
Auvray	5													
Allaines (d')	2							2						
Bar	1					1								
Basset	5					3		2						
Bégouin	2							2						
Bergouignan	2							2						
Bernardbeig	4	2						2						
Bloch (R)	3		3											
Bonnet et de Vadder	1								1					
Brytha	1					1								
Bumm	33					19	3	9	2					
Breitschneider	1					1								
Bardon et Matey-Cornat	1							1						
Brindeau	1	1												
Brocq	4					3		1						
Chapus (inédite)	1							1						
Chomé (inédite)	7	1		1				4				1		
Cotte	2					2								
Desoubry	1	1												
Douay (3 inédites)	7	5						2						
Dubois	1					1								
Eberhardt	1					1								
Endelman	1							1						
Eparvier	1	1												
Ernst	34	3	2			8		20	1					
Ferrari (inédites)	9	6		1					2					
Fulconis	1							1						
J. L. Faure	2	1								1				
Gamel et Chosson	1							1						
Garipuy	1	1												
Gosset	2			1				1						
Gueullette	7					1		5	1					
Gouilloud	1					1								
Guéniot	2									2				
Guyot	1	1												
Guyot et Villar	1							1						
Gaudier	5	4				1								
Hoffmaun	1					1								
Helman	1							1						
Hristu	2					1			1					
Ionesco et Hristu	1							1						
Jeanneney	1					1								
Keller	2							1		1				
A Reporter	165	32	5	3		46	3	62	9	4		1		

Dans la colonne « OBSERVATIONS » il est fait mention des cas marqués par une *

NOMS des AUTEURS	Total des Cas	ABSTENTION		DRAINAGE SIMPLE		SUTURE		HYSTERECTOMIE		Hystérectomie vaginale		COLPOTOMIE		OBSERVATIONS
		Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	Guérison	Décès	
<i>Report.....</i>	165	32	5	3		46	3	62	9	4		1		
.....	2					2								
ty et Lyonnet	1			*1										
Laffont et Jahier	1								*1					Drainage vaginal
Laffont (inédites)	3	1						1	*1					Hémorragie second. au 47 ^e j.
Laffont (inédites)	3	1							*2					Môle hydatiforme
Libère (inédites) ..	3	2						1						Tétanos utérin
.....nière	3							3						
.....nt	1								1					
Lorier	5	2				*1				1	1			Accouchement ultérieur.
.....quot	2					1		1						
.....ger	1							1						
.....re	3								1			2		
.....oud	2							2						
.....et	3	3												
.....lor	1		1											
.....n et Dejacques ..	4											4		
.....pd et Kiraly	6							3	*2		1			Abstention, puis intervention.
.....niac	1	1												
.....got —	1							1						
.....an	1							1						
.....	1					*1								Grossesse ultérieure.
.....galis	5							2	3					
.....nu	5	2			1			2						
.....inger	1							1						
.....	1		*1											
.....nier	3	1				*1		1						Vue 36 h. après les man. abor.
.....ne	2	1						1						Grossesse ultérieure.
.....Richard	1								1					
.....kel	18							15	3					
.....maru et Pavelesco ..	1								*1					Perforation par pince.
.....heim	1					1								
.....tak	7					7								
.....veitz	1					1								
.....bat et Ed. Laffont ..	1			1										
.....ve	1					*1								Accouchement ultérieur.
.....dey	1	*1												Accouchement ultérieur.
.....urnet	3							1		1	1			Opérée par Docteur Mossé.
.....waab	3	2								*1				
.....a-esco	3	1		1				1						
.....ing	1							1						
.....rreux et Gouzi ..	2	2												
.....dat et Douillet ..	1							1						
.....verts	4		1					2			1			
.....ard	1								*1					Décès par occlusion.
.....roz (inédites)	5	*5												2 cas suivis de grossesse.
Total général.....	285	57	8	6	1	62	3	104	26	7	4	7		

- Les observations rapportées sous le nom de Ed. LAFFONT sont en réalité celles trouvées dans les archives de la Maternité d'Alger.

En résumé, sur une statistique globale de 285 perforations, nous comptons 42 décès, c'est à dire 14,73 p. 100 de décès.

Sur ces 42 décès, il y en a 35 consécutifs à des manœuvres abortives.

En somme :

sur 100 perforations abortives, on a 12,27 décès.

Sur 100 perforations thérapeutiques on a : 2,46 décès.

Presque tous les cas *opérés précocement* (quand les lésions viscérales n'étaient pas trop importantes) *ont guéri*.

Les décès survenus chez des femmes ayant subi des manœuvres abortives, sont surtout le fait d'interventions tardives. Ils sont, dans cette statistique globale, cinq fois plus élevés environ, que dans les manœuvres thérapeutiques.

L'abstention sous surveillance : 65 cas observés
57 guérisons
8 décès
Soit 12,50 % de décès.

Suture : 65 cas observés
62 guérisons
3 décès
soit 4,30 % de décès

Hystérectomie : 130 cas observés
104 guérisons
26 décès
soit 20 % de décès

Il est difficile de tenir compte d'une façon absolue, de tels chiffres, pour plusieurs raisons ;

1°) Les cas publiés, ne correspondent pas en général, au nombre de cas observés. Les guérisons ont fait l'objet de publications beaucoup plus nombreuses que les décès et cela seul, nous amène à supposer l'étendue du désastre dans les avortements provoqués.

2°) Les rares hystérectomies vaginales ou colpotomies suivies de succès, ne suffisent pas à entraîner la conviction des opérateurs. A l'heure actuelle, l'hystérectomie vaginale, opération aveugle ou inutilement mutilatrice, n'est plus acceptée dans ces cas, sauf exceptions.

3°) Ces chiffres traduisent plutôt l'ensemble des faits curieux, rares, isolés, rapportés par des observateurs très différents, exerçant dans des milieux infiniment variés. Leur rapprochement nous a cependant paru mériter d'être tenté, pour en tirer une leçon.

Insistons, à ce propos, sur le pourcentage élevé des décès consécutifs aux hystérectomies. En effet, dans ces cas, les perforations étaient le plus souvent compliquées. Lorsqu'il y a eu abstention, suture, ou drainage simple, les cas étaient en général bénins, ce qui explique le taux moins élevé de leur mortalité.

Les conclusions générales de la lecture de cette statistique, paraissent être les suivantes :

- 1°) Opérer précocement, s'il y a lieu d'opérer ;
- 2°) Examiner les lésions, après laparotomie ;

3°) Opter pour l'exérèse de l'utérus, la suture ou le drainage simple, selon les lésions rencontrées ;

4°) Réparer en même temps, s'il y a lieu, les lésions viscérales, vasculaires, épiploïques, etc.

CHAPITRE SEPTIEME

AVENIR OBSTÉTRICAL DES FEMMES AYANT SUBI UNE PERFORATION UTÉRINE

Nous avons insisté à plusieurs reprises, au cours de notre travail, sur l'intérêt qu'il pouvait y avoir à conserver un utérus perforé et nous avons apporté quelques observations dans lesquelles la *suture* ou l'*abstention* avaient été suivies de guérison.

Dans la statistique générale que nous avons donnée, nous comptons :

Sur 65 cas de sutures : 62 cas de guérison,

Et sur 65 cas d'abstention : 57 cas de guérison.

L'avantage qu'il peut y avoir à adopter pour ces

techniques conservatrices, représente, dans la pensée des médecins, le désir non seulement de ne pas faire une opération inutile ou choquante, mais encore de conserver un organe susceptible de continuer son rôle physiologique et endocrinien et aussi sa fonction de reproduction.

Nous l'avons vu avec l'étude du pronostic immédiat, ces réparations partielles de l'utérus étant faites, cette abstention ayant été pratiquée, l'avenir immédiat est en général excellent. On ne signale guère d'inconvénients — si l'on a choisi des cas purs — (l'examen microbiologique de la région ou de la sécrétion utérine peut y aider) — si la réparation a été bien effectuée, si enfin la glace a été rapidement appliquée et l'immobilité observée.

On ne signale guère d'ennuis infectieux ultérieurs après ces deux attitudes conservatrices dans des cas judicieusement choisis. Il semble, d'autre part, que lorsque les conditions d'asepsie ont été bien réalisées et que l'ébarbage, la résection et la suture ont été bien conduits, les suites immédiates soient en général parfaites.

Toutefois, on est en droit de se demander si les suites éloignées, — nous faisons allusion aux grossesses et aux accouchements ultérieurs — s'effectueront normalement.

Il semble que sur ce point les faits soient encore insuffisamment étudiés et qu'ils mériteraient une enquête large et approfondie.

Nous connaissons des cas de gestations normales et de nombreux accouchements survenus chez des femmes ayant subi antérieurement soit des césa-

riennes classiques, soit des myomectomies avec résection profonde du muscle utérin, — (parfois jusqu'au voisinage immédiat de l'œuf), — soit des sutures utérines après perforation, toutes lésions très importantes de la paroi utérine. Mais nous ne serions pas complets si nous ne faisons pas une mention — si minime fût-elle, — des *ruptures utérines spontanées qui se produisent avant tout début de travail ou au cours du travail* et sans que l'on puisse incriminer une dystocie quelconque, chez des femmes *ayant eu autrefois soit des avortements criminels, soit des curettages*.

Couvelaire, en 1908, dans un cas où la curette avait déterminé sur le segment inférieur d'importants sillons, avait émis l'hypothèse que ces lésions pourraient bien être un jour le point de départ de ruptures utérines.

Depuis cette époque, ANDERODIAS, CARL OERFFER, TRILLAT et EMERY, BOURSIER et MAUGE et aussi LACOMME, VARIOT et PERY, PLAUCHU, FLEURANT, DUJOL et GORS, MEYER, SANTE, VALLOIS et GRYNFELT, ont rapporté des cas de *rupture d'utérus antérieurement curettés*.

Certains d'entr'eux ont souligné, en présence de l'amincissement très marqué au niveau du point de rupture, l'importance probable des curettages antérieurs.

N'est-on pas en droit de penser que certains de ces curettages ont dû causer des perforations utérines plus ou moins complètes ou pour le moins des lésions de la paroi, plus ou moins importantes, passées cependant inaperçues pour la malade et le médecin.

Quoi qu'il en soit, de ces origines suspectes ou évidentes de perforations utérines, ces traumatisées devront être l'objet d'un *pronostic éloigné* d'autant plus sévère qu'on n'aura pas vérifié les lésions in-situ et qu'on ne les aura pas suturées, ni réséquées.

L'avenir obstétrical des femmes suspectées d'avoir eu de telles lésions, se superpose en somme à celui des femmes ayant subi des perforations parfaitement diagnostiquées. Ici comme là, la gestante et la parturiente sont menacées de rupture au cours d'un accouchement ultérieur — tout étant normal par ailleurs du côté de la mère et de l'enfant.

Ces faits insuffisamment mis en évidence jusqu'ici nous paraissent devoir être particulièrement soulignés.

Comment, en l'espèce, les choses se passent-elles?

Il s'agit, le plus habituellement, d'un véritable drame inattendu, imprévu, qui s'est produit au cours de l'accouchement le plus normal. Le travail a commencé et continué dans les conditions les plus physiologiques ; aucun obstacle n'en a troublé la marche, aucun ocytocique n'a été injecté, aucune manœuvre n'a été tentée, lorsque brutalement l'utérus se rompt au cours d'une contraction dont la douleur suivie d'état syncopal appelle l'attention.

La laparotomie confirme le diagnostic et l'on trouve le fœtus au milieu des anses intestinales,

ANDERODIAS a publié le cas d'un éclatement de la paroi postérieure de l'utérus au cours d'un accouchement normal.

Le bassin était normal. Chez cette femme qu'il dût opérer de toute urgence, mourante, en plein collapsus, il retrouva *comme antécédents deux avortements* avec suites fébriles.

« Il est probable, ajoute M. ANDERODIAS, qu'elle avait fait alors une *nécrose partielle de la paroi utérine ayant cicatrisé*, en laissant une paroi très mince et très fragile qui ne put résister à l'effort du travail.

Nous rappellerons, également, l'observation de TRILLAT et EMERY. Il s'agissait d'une *rupture spontanée de l'utérus* au septième mois d'une grossesse normale jusque là. La femme avait subi *plusieurs curettages antérieurs*.

En dehors des faits déjà publiés, nous tenons à rapporter deux cas inédits que voici :

OBSERVATION LI (Inédite)

Dûe à l'obligeance du Dr. JAHIER

RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTERUS AU COURS
DU TRAVAIL SANS DYSTOCIE MATERNELLE
NI FŒTALE : CURETTAGE ANTERIEUR

Mme X., est une IVème geste, IIIème pare à laquelle en Juin 1933 nous avons effectué un curettage utérin pour rétention ovulaire à l'occasion d'un avortement de 1 mois 1/2, sans infection.

Ce curettage fut simple, il n'y eut pas besoin de dilater le col, ne furent utilisées que des curettes mousses.

Les suites en furent très simples, non fébriles, non douloureuses.

Un an après, Mme X., est à terme de la IVème gros-

sesse. Des douleurs surviennent vers 23 heures et à 24 heures l'examen est le suivant :

Présentation du sommet, dos à gauche, poche des eaux intacte, col dilaté comme 5 francs, orifice du col souple et aminci le sommet et en voie d'engagement, les bruits du cœur fœtal sont bons, le volume du fœtus est moyen et les douleurs de rythme et d'intensité normaux.

Vers 0 heure 30 brusquement la femme pousse un cri et perd connaissance.

L'examen montre un col dilaté comme une paume de main, mince, la présentation a disparu, les membranes sont intactes. Au palper le fœtus est senti très superficiel. Le diagnostic de rupture utérine s'impose.

Le Dr. Duboucher pratique immédiatement la laparotomie qui montre le fœtus mort et le placenta libre dans le ventre à travers une brèche allant du bord gauche de l'utérus jusqu'au fond en ayant effondré le ligament large et passant derrière l'insertion tubaire.

L'examen de la pièce ne permet pas de retrouver trace d'une cicatrice quelconque tant au niveau de la rupture que dans les autres parties de l'utérus.

Devant cette rupture sans hypertonie interne avec fœtus et bassin normaux, poche des eaux intacte, nous nous demandons si le curettage, quoique très doux, n'aurait pas aminci une portion de l'utérus.

OBSERVATION LII (Inédite)

Maternité d'Alger. Service du Professeur LAFFONT

*Vème PARE. — DEUX AVORTEMENTS ANTERIEURS
PROVOQUES. ACCOUCHEMENTS ET DELIVRANCE
NORMAUX. RUPTURE UTERINE SPONTANEE*

Es. G... 27 ans, quatre grossesses antérieures — quatre accouchements normaux. — deux avortements provoqués au 3ème et 5ème mois.

Entre à la Maternité le 11 Juin 1929 car elle est près du terme. Présentation céphalique, Bruits du cœur bien perçus.

Le 19 Juin douleurs, pertes sanguines puis expulsion de gros caillots : dilatation = 5 francs.

L'hémorragie continuant nécessite la rupture large des membranes. La dilatation progresse lentement et l'accouchement se termine par l'expulsion d'un enfant mort de 4 kgs. 300, suivie de l'expulsion spontanée du placenta.

Une hémorragie se déclare après la délivrance.

A l'examen on constate une *rupture utérine*.

La femme meurt rapidement pendant qu'on lui prodigue les premiers soins (transfusion, tamponnement etc).

Ces deux cas de rupture utérine relativement récents se sont produits — *en dehors de toute dystocie osseuse ou fœtale* — chez des femmes qui avaient eu antérieurement des curettages pour avortements provoqués ou spontanés.

A ces faits, nous ajouterons l'observation intéressante qui va suivre :

OBSERVATION LIII (Inédite)

Dûc à l'obligeance de MM. BRINDEAU et LANTUEJOUL

G. Marie, 24 ans, IIème geste, ayant eu en 1922 *un avortement* de 3 mois *suivi de curettage*.

Le 6 Janvier 1935 à 9 heures 15 entre à terme et en douleurs, à la Salle de Travail de la Clinique Tarnier. Dilatation comme 5 francs.

Le tête est très élevée, mal fléchie, en droite postérieure.

Durant la journée le travail progresse lentement.

A 22 heures on constate que le col est épais, à 5 frs. Il présente un certain degré de rétraction depuis l'examen précédent et l'on constate, en outre, une déchirure circulaire sur la face antérieure du col à 1 c/m environ du bord.

Le travail progresse lentement et le 7 Janvier à 11 h. 30, les bruits du cœur s'étant précipités, on décide une application de Forceps Tarnier sur une O.I.D.A.

Dégagement en O.P. après deux prises et une incision d'une brèche cervicale.

Fille vivante pesant 3 kg. 640 gr.

30 minutes après, délivrance artificielle pour hémorragie assez abondante. Injection intra-utérine. Hypophyse intra-musculaire 500 ce sérum sous-cutané.

Poids du placenta : 620 grammes.

Antérieurement à l'examen : On avait trouvé un premier orifice circulaire correspondant à une dilatation de 5 francs, à bords assez épais, puis au-dessous, un deuxième orifice dont on ne suit guère que le bord supérieur correspondant au bord inférieur de l'orifice supérieur. Tout se passe comme si le col largement dilaté présentait une *bride transversale à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs*.

Cette bride ressemble tout à fait comme volume à un cordon ombilical qui aurait été procident et placé au-devant de la tête fœtale.

On fait un examen avec des valves ; la présence de glandes au niveau du pourtour inférieur montre que l'orifice intérieur est le véritable col.

L'orifice supérieur doit résulter d'un traumatisme ancien.

La femme interrogée finit par dire qu'elle a été opérée (?), au moment de son avortement qui s'est fait en Bretagne. *Il est probable qu'à ce moment une fausse route a été faite au niveau du cul-de-sac antérieur*. La bride est réséquée sur toute sa longueur — un orifice cervical est ainsi créé, répondant à une dilatation complète il permet une extraction par forceps ne présentant pas de difficultés.

Ainsi le traumatisme antérieur a modifié dans sa structure cet utérus et a déterminé l'apparition d'une brèche qui retenait la tête fœtale et qu'il a fallu exciser.

Cet ensemble d'observations ne laisse pas d'être troublant et il semblerait que la conservation d'un utérus traumatisé, perforé, en partie réséqué, ne soit pas toujours une mesure de prudence, si l'on songe aux complications obstétricales possibles,

En réalité, la rareté de ces incidents est très grande et nous ne devons pas conclure de ces quelques faits qui méritaient d'être signalés et soulignés, à la nécessité d'hystérectomiser désormais toutes les femmes atteintes de traumatismes utérins... Un si grand nombre d'entre-elles a pu mener à bien des grossesses normales en pareilles conditions, que ceci compense largement cela.

Tout au plus devons-nous — si nos craintes de voir un jour l'utérus se rompre restent grandes — nous borner à une ligature des trompes selon le procédé si simple de HANS MADLENER. La femme sera ainsi stérilisée. Elle ne courra plus le risque d'une rupture à un accouchement ultérieur et conservera, néanmoins, une physiologie génitale et endocrinienne de fonctionnement normal.

Et si cette stérilisation n'a pas été pratiquée, ne manquons pas d'informer la femme des ennuis possibles au terme d'une nouvelle grossesse. Dans le but de les éviter, il lui suffirait d'accoucher dans un milieu chirurgical, toujours prêt à parer aux incidents.

Ces accidents tardifs dus aux perforations chirurgicales ou criminelles ont parfois d'autres origines. Nous rapporterons ici l'histoire d'une perforation utérine qui succéda à une *grossesse molaire*.

OBSERVATION LIV (résumée)

POTOCKI

PERFORATION UTERINE AU VOISINAGE DU TERME

CHEZ UNE FEMME AYANT EU UNE GROSSESSE

MOLAIRE. HYSTERECTOMIE. DECES.

Il s'agit d'une femme arrivée au huitième mois de sa gestation et entrée à la Maternité pour un début de tra-

vail. Dans la nuit qui suit sont admission, cette femme est prise brusquement d'une *douleur épouvantable au niveau de l'abdomen* avec état syncopal. Le diagnostic d'hémorragie rétroplacentaire est posé. On pratique d'abord une transfusion sanguine ; puis, devant l'état de plus en plus alarmant de la femme, qui est pâle avec un pouls à 140, une tension artérielle de 9,5, on se décide à intervenir. Laparotomie. Dans la cavité abdominale il y a près de 500 grammes de sang. Hystérectomie totale, fermeture en un plan ; la paroi antérieure de l'utérus ne présente rien de particulier, mais, quand on examine la paroi postérieure on découvre une petite tumeur qui n'est pas autre chose qu'une *portion du placenta faisant hernie au travers d'une perforation de l'utérus*.

La femme meurt le lendemain.

Il y a donc bien eu perforation du fond de l'utérus.

L'étiologie de cette perforation est assurément due à la pénétration de vésicules molaires disséquant dans le myomètre et à la destruction d'une certaine quantité de tissu musculaire. On peut se demander toutefois si le curettage antérieur — bien que très prudemment fait — n'a pas contribué à amincir la couche musculuse à l'endroit de la future insertion placentaire.

Quoi qu'il en soit, la perforation s'est produite ici sous la pression et l'action des villosités et, aussi, sans doute par l'excès de pression intra-utérine.

Ce fait montre que l'utérus peut se perforer dans certains cas où n'existent aucune des causes ordinaires de dystocie maternelle ou fœtale. Il faut connaître cette possibilité pour soupçonner et diagnostiquer la perforation à laquelle on aura d'autant plus de raison de penser qu'on retrouvera dans les antécédents un curettage utérin post-partum ou post-abortionum, et parfois une môle vésiculaire.

Il existe par contre, beaucoup de femmes qui ont pu mener à bien les grossesses les plus normales, alors que dans leurs antécédents, des perforations évidentes avaient été constatées.

De nombreux auteurs en ont rapporté des observations très précises. Nous citerons notamment celles qui sont dûes à BAR, SAUVE, PERY, LE LORIER (N° XXXIX), HRISTU (N° XVI), VERGOZ (N° XI), etc...

Ces exemples montrent à quel point dans certains cas, la sagacité et le jugement du chirurgien peuvent être mis à l'épreuve.

*
**

En conclusion, on ne saurait trop conseiller d'être trop prudent en présence d'une femme enceinte multigeste ou multipare.

On devra établir, à l'occasion de toute grossesse, le bilan exact des curettages, avortements, expulsions molaire antérieures et — raison de plus — celui des perforations.

Retenons la phrase typique de METZGER : « Le chirurgien commande l'abstention et l'accoucheur endosse la responsabilité... »

Des faits tels que ceux que nous venons de rapporter doivent nous obliger, en effet, à envisager avec circonspection dans tous les cas, le pronostic de l'avenir obstétrical d'un utérus qui aura été partiellement ou complètement perforé.

Toute femme qui aura subi un ou plusieurs curettages, qui aura avorté dans des conditions suspectes devra, à l'occasion d'un accouchement ultérieur, être admise en milieu chirurgical si elle veut éviter les désastres toujours possibles de la rupture utérine qui la menace.

CONCLUSIONS

I. — Les perforations utérines, à part quelques *formes exceptionnelles* dues à des mûles hydatiformes, chûtes d'eschares après radium, chorio-épithéliomes malins, nécrose alcaline, sont généralement consécutives à des *manœuvres abortives* ou *thérapeutiques*.

II. — Les perforations au cours de *manœuvres abortives* sont de beaucoup les plus graves. Les fautes d'asepsie, la dissimulation du malade et le retard apporté à l'appel du médecin, c'est-à-dire au diagnostic et au traitement, assombrissent le pronostic.

Ces perforations, lorsqu'elles sont compliquées de lésions viscérales, de rétention de corps étrangers ou d'injections de liquide caustique ou septique dans le péritoine, sont d'une extrême gravité.

III. — Les perforations au cours des *manœuvres thérapeutiques* sont consécutives à l'utilisation de lamineaires, de bougies de Hégar, de pinces à faux germe ou de curettes.

La rapidité du traitement qu'on leur impose rend leur pronostic relativement favorable, même lorsqu'il s'agit de perforations compliquées de lésions viscérales importantes.

Leur diagnostic est plus nettement et plus rapidement posé que dans les perforations d'origine abortive. Il faut toutefois savoir différencier la sensation que donne la « *vraie perforation* » de celle que procure la « *fausse perforation* ». Le contact de certains utérus « *mous* » peut la laisser supposer et inciter parfois à faire une laparotomie inutile ou une hystérectomie regrettable.

IV. — Faire la *prophylaxie de la perforation utérine par manœuvres abortives*, consiste à poursuivre la lutte contre l'avortement criminel et surtout à édicter des lois en faveur d'une protection plus efficace de la femme enceinte.

La *prophylaxie de la perforation thérapeutique* réside en la connaissance plus approfondie de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie de l'utérus gravide ou à l'état de vacuité. Une instrumentation parfaite, un éclairage et une installation convenables, des dilatations progressives à l'aide de lamineaires placées soigneusement, après abaissement du col vers la vulve, contribuent à éviter les perforations.

V. — Le traitement des perforations utérines varie selon qu'il s'adresse à une perforation simple ou compliquée, récente ou datant de deux ou trois jours, ou encore qu'il s'agit d'un utérus septique ou non, d'un acte criminel ou d'une faute opératoire. Le choix de l'intervention dépend du fait clinique en présence duquel on se trouve. Le chi-

furgien pourra choisir actuellement entre les techniques suivantes :

1° Abstention sous surveillance dans les cas aseptiques ou bénins.

2° Drainage simple au moyen d'un Mickulicz après laparotomie et examen des sécrétions au niveau de la plaie et du péritoine dans les cas douteux.

3° Suture de l'utérus après excision, ébarbage, curettage rétrograde des lésions suivi ou non de drainage, en présence de lésions relativement limitées.

4° Hystérectomie, suivie ou non de drainage après réparation, s'il y a lieu, des organes traumatisés (intestins, vessie, vaisseaux, épiploon, etc...).

Dans cette dernière éventualité, on préférera la voie haute à la voie basse qui est dangereuse, aveugle, insuffisante ou excessive, dépassant ou n'atteignant pas le but qu'on se propose.

La vaccination locale et générale contribuera à améliorer le pronostic.

VI. — Notre statistique globale porte sur 285 cas. Le nombre de décès est de 42, soit 14,73 décès pour 100 perforations. Sur ce dernier chiffre, nous remarquons qu'il y a :

12,27 décès sur 100 perforations abortives ;

2,46 décès sur 100 perforations thérapeutiques.

Dans cette statistique, le total des décès à la suite de perforations par manœuvres abortives est donc environ six fois plus élevé que celui qui résulte des manœuvres thérapeutiques.

VII. — L'avenir obstétrical des utérus perforés est en général satisfaisant, lorsque la réparation a été effectuée dans de bonnes conditions.

La rupture utérine spontanée en dehors de toute cause de dystocie, pour si exceptionnelle qu'elle soit, s'observe parfois. Cette éventualité fort rare ne doit pas contre-indiquer le traitement par la suture dont les résultats immédiats et éloignés sont parmi les plus satisfaisants.

VIII. — Une femme qui aura eu un ou plusieurs avortements provoqués et dont l'utérus aura été curetté ou perforé, devra être, à l'occasion des grossesses ultérieures, installée dans un milieu chirurgical pour y accoucher sous surveillance constante.

Cette nécessité deviendra une obligation absolue quand l'utérus antérieurement blessé aura à surmonter une dystocie quelconque.

BIBLIOGRAPHIE

A. — Les Perforations Utérines Rares

BALARD P. — Perforation utérine constatée au cours d'un curettage pratiqué pour avortement criminel, obtenu avec une injection de teinture d'iode (*Sté Obst. et Gyn.* Bordeaux séance du 22 Mai 1928).

BUTOMO — Intraperitoneale Blutungen beim chorio-épithélium der Gebärmutter. Zentralblatt für (*Gyn. Leipzig* 1926 L. 15 1,034).

CABANIE — Môle hydatiforme, chorio-épithéliome et kystes lutéiniques de l'ovaire. Rapport étiologique, clinique et opératoire. (*Gynécologie et obstétrique* 1921 T. II p. 119/134).

CHAILIER et RICHET — Fibrome utérin ayant perforé la muqueuse utérine. (*Sté Nat. de médecine et de sciences médicales Lyon* 13 Déc. 1933).

CREYSSEL et BOYER — Perforation utérine par évolution du chorio-épithéliome malin. (*Gyn. et Obst.* 7 Janvier 1931).

DESPLAS et BERTHES — Une complication rare et dramatique du chorio-épithéliome malin. L'hémorragie intrapéritonéale par perforation intra-utérine. (*La semaine des hôpitaux de Paris*, 15 Janvier 1927).

BIBLIOGRAPHIE

Mes remerciements reconnaissants vont au 'Monde Médical' qui a contribué à faciliter mes recherches en me fournissant une partie de cette bibliographie. E. L.

- GONNET, CREYSSEL et BOYER — Inondation péritonéale par perforation utérine, consécutive à un chorio-épithéliome malin d'origine molaire. (*Soc. Obst. et Gyn. Lyon* 7 Avril 1930).
- HARKNESS — Hydatiforme mole perforation of uterus. *Brit. medical Journal*, 13 Nov. 1920 page 744.
- HENKEL — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn* ; 53, 3, p. 501.
- HORMANN — Ruptur eines chorio-aépithéliome mit schwerer intrapéritonéale. Blutung. (*Beitraege f. Geb. ung. gyn.* 1904).
- JEANNIN C. — Les formes cliniques et l'avenir des môles hydatiformes. *Leçon du Jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1925.
- JOHONSSON J. — Møl hydatidosa destruens et chorionepithelium uteri cum metast atbus pulmonum. *Acte obst. et Gyn. Scandinavia* vol VIII fasc. 2, 1929.
- KCENIG — Môle hydatiforme maligne, métastases chorio-épithéliomateuses dans le poumon. Mort par hémorragie intrapéritonéale. *Annales de Gyn. et Obst.* nov. 1905 page 649.
- LAPFONT et FERRARI (Alger) — Perforation isthmique d'un utérus cancéreux 2 mois après application de radium. *Bulletin Sté Obst. et Gyn.* 1922.
- MARRIQ et UNG THONG — Un cas de môle hydatiforme avec rupture utérine. *Bull. mém. Sté Chirurgie Indo-Chine* n° 7, Juillet 1931).
- MICHON et POUZET — Môle hydatiforme et perforation utérine (*Sté Nat. de Médecine Lyon* 30 Juin 1926 et in *Lyon Médical* n° 46 page 569).
- MONLOR H., MARTHE LAMY et LEROY — Infarctus et gangrène de l'utérus. (*Presse médicale* 9 Mars 1935).
- NAGELSBACH — Chorio-épithéliome malin avec hémorragie intra-péritonéale. *Munchener med. Wochenschrift*, 1922 n° 14 p. 510.

- OUNEGOWSFly — Contribution à l'étude du chorio-épith. de l'utérus. (*Thèse Paris* 1929).
- PEREZ et JACOB — Perforating mole chorio-épithelioma. Death from internal haemorrhage. *Semana Med.* 1923, XXXV, I. 201. — *Bul. Soc. de Obst. Gynec. de Buenos-Ayres*, 1928.
- POTOCKI — Perforation spontanée de l'utérus gravide. *Bul. Soc. Obst. et Gyn.* 1922 n° 8.
- ROULLAND et G. DURANTE — Placentome malin ; perforation utérine spontanée, inondation péritonéale ; hystérectomie, greffe vaginale immédiate. Mort. (*Sté des chirurgiens de Paris* 2 Juillet 1926).
- SIREDEY, BORCQ, MONOD, RICHARD — Placentome malin. Perforation spontanée de l'utérus, hystérectomie subtotal, récurrence immédiate traitée par les rayons X, puis radiumthérapie. Guérison, *Gyn. et Obst.* 1925 XII, page 349.
- STROZZI — Un cas de chorio-épith. avec perforation de l'utérus. *La Clinica ostetrica*, janvier 1924, p. II, 21.
- SUSSEX L.T. — Penetration of the uterus by gold steam pessary. *Journal of the american médecin assoc.* 13 Mai 1933.
- TARTANSON — Les hémorragies et l'hématocèle intrapéritonéales sans grossesse ectopique. *Thèse Lyon* 1909.
- VANVERTS J. et PAQUET A. — Perforation d'un utérus infecté par la branche transversale d'un drain en T. *Sté d'obst. et Gyn.* Lille 18 Déc. 1919.
- VIGNES et BOROS — Lésions consécutives à l'emploi des pessaires anticonceptionnels intra utérins (*Gyn. et Obs.* Mars 1934).
- WERTHEIMER et AMOUROUX — Perforation utérine au cours de l'évolution d'un chorio-épith. Inond. périt. Hystérectomie d'urgence. *Bul. Soc. Obst. et Gyn.* 1929 page 354.
- ZEHNTER N. — Perforations gangreneuses de l'utérus par suite de manœuvres abortives (*Thèse de Strasbourg* 1920-21).

B. — Perforations Utérines au cours des Manœuvres Abortives

- ASCHEIM — Fall von Perforation des Uterus bei Abart im H. Monats. *Zeitschrift, Geburtsch., um Gynak.* Stuttgart, 1911, p. 507).
- BERGOUIGNAN L. A. — Les perforations utérines de l'avortement criminel. (*Thèse de Paris*, 1901, *Les Presses modernes* 45, rue de Maubeuge, Paris).
- BERGOUIGNAN L. A. — Les perforations utérines dans l'avortement. (*Le Monde Médical* n° 814 1er et 15 Août 1932).
- BERNARDBEIG — Perforation utérine post-abortum. (*Société anatomo-clinique de Toulouse* 6 Mai 1921)
- BISHKOW E. — Grossesse abdominale continuant à évoluer quatre mois après une perforation. *The Journal of the american medical association Chicago* Juin 1919.
- BONNET et DE VADDER — Perforation utérine au cours de l'avortement provoqué, péritonite généralisée. Hystérectomie mort. *Sté Anatomique Paris* Janvier 1925.
- BRYTHTA J. — Avortement artificiel avec perforation utérine et extraction d'une anse intestinale en avant des organes génitaux externes. *Rozhledy V. Chirurgii A. Gynécologii* n° 6 1930.
- CADENAT F. M. et DUFOUR A. — Perforations utérines dans l'avortement (*L'Hôpital* n° 332 Avril 1933 (A).
- CHEVAL Max. — Le traitement des perforations utérines post-abortum. *Société belge de gynécologie, et d'obstétrique, séance du 1er octobre 1932, In ; Gynécologie, Mars* n° 1933).
- CHOSSON et DONNET — Gangrène et perforation de l'utérus consécutive à des manœuvres abortives (*Comité Médical des Bouches du Rhône*),

- COVAERTS J. — Traitement des perforations utérines post-abortum (*Sté Belge de gynécologie et d'obstétrique*, séance du 2 Avril 1932).
- COVAERTS J. — Traitement des perforations utérines post-abortum. (*Sté Belge de Gynécologie, et d'obstétrique* séance du 1er Octobre 1932 *Bruxelles médical* n° 51 16 Octobre 1932).
- DALEAS de (Pnom Penh). — Deux cas de perforations de la face postérieure du canal cervical au cours de tentatives d'avortement criminel (*Sté. Obst. et Gyn. de Toulouse* 12 Décembre 1928).
- D'ERCHIA F. — Perforation of uterine fundus, by abortum, placental remains, incapsulated in uterine wall' case. (*ann di Ostet.* mars, 1930 p. 199-210).
- ERNST S. — Le traitement de la perforation utérine au cours de l'avortement. (*Zentralblatt. für gynak.*, an LVIII n° 9, 3 Mars 1934 - *Presse Médicale*, n° 86, 27 Octobre 1934).
- FIEUX — Perforation gangreneuse de l'utérus abortif (*Ann. de gyn et d'obst. Paris.* 1920, 2° S. VII p. 385).
- FROMMOLT — Uterus perforation mit abgerissenem und in die Bauchhöhle eingetretenem fetalen Ropf. *Zeitschrift. f. Geburtsh. u. Gynak.* 107 397-399 1934).
- FULCONIS — Perforation utérine et tétanos utérin (*Sté Obst. et Gyn. d'Alger* 10 fév. 1934).
- GOIMARU A. et PAVELESCO P. — Perforation de l'utérus avec lésion intestinale (*Sté de Gynécologie de Bucarest* Mai 1934).
- GOSSELIN O. — Perforation gangréneuse de l'utérus abortif (*Liège médical* 9 Septembre 1934 n° 37 p. 1156).
- GUYOT et VILLAR J. — Perforation utérine avec pelvi-périnotomie hystérectomie ; Mickuliez ; iléostomie secondaire ; guérison (*Sté Obst. et Gyn. Bordeaux* Séance du 8 Mai 1928).

- HARTEMANN J. et Mlle LACOUR — Utérus perforé et grossesse abdominale. (*Réunion Obst. et Gyn. de Nancy*. Séance du 19 Juillet 1933).
- HRISTU G. — Perforation utérine par tentative d'avortement Myorraphie. Guérison. *Sté Obst. et Gyn. Paris* 1er Avril 1935.
- HRISTU C. — Tentative d'avortement avec traumatisme intestinal. *Sté Obst. et Gyn. Paris* 1er Avril 1935.
- HRYNTSCHAK — Der abortus, in der Hand des praktischen Arztes nebst Bemerkungen über die Prophylaxie der Uterus perforation. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 26 Mai 1928).
- IONESCO V. et HRISTU C. — Tentative d'avortement. Perforation utérine avec section de l'intestin grêle. Hystérectomie, entéro-anastomose. Guérison. (*Bulletin et Mémoires de la Sté de Chirurgie de Bucarest* n° 2).
- KALENSCHER — Über perforations verletzungen bei der Abort-behandlung. (*Zeitschrift, f. Arztl. Fortbild*, 15 Janvier 1929).
- LAFFONT A. et BONAFOS M. — Les perforations utérines. (*Encyclopédie médico-chirurgicale Tome II*)
- LE MOUEL — Contribution à l'étude des perforations utérines, au cours des avortements. (*Thèse de Paris, Le François*, Edit. 1934).
- MANTEGNA V. — Criminal abortion instrumental perforation of uterus case (*Riv. san siciliana* 22 ; 582, 587 Avril 16 - 1934).
- MARX CHARLES — Les perforations utérines dans l'avortement (*Revue Médicale, Française* Octobre 1932).
- ORTHMANN — Fall von instrumenteller uterus perforation bei abortansraumung. *Verhandl. d. deutsche Gesells ch. gynak* 1907 — Leipzig, 1908 XII, p. 734).

- PALK — Mort à la suite d'une perforation d'un ulcère typhique de l'estomac en cours d'avortement criminel (*Zeitschrift ; f. Gynak* n° 20 Mai 1923, p. 792).
- PATRASCANU — Complications traumatiques de l'intestin dans les tentatives d'avortement (*Bucarest thèse* 1927).
- PETIT — De la perforation de l'utérus au cours de l'avortement. (*arch. méd. chir. de Province*, n° 2, fév. 1933).
- REEB — Perforation de l'utérus dans un cas d'avortement criminel (*soc. d'obstétrique et de gynéc. de Strasbourg*) (*Bulletin de la Sté d'obstétrique et de gynécologie* 1923 n° 1 p. 44).
- REEB — Gangrène du fonds de l'utérus après avortement criminel. (*Congrès de la fièvre puerpérale Strasbourg* 4 Août 1923).
- ROSENWEIG G. — Severe tear of bladder following, perforation of uterus, case. (*Zentralblatt ; f. Gynak.* 1er décembre 1928, p. 3092 3094).
- ROTH H. — Operavane trhlíny maternice a cieví povstale pri umelych potratoch. *Bratislava* 1929 (*perfor. utérus dans avortements provoqués*).
- SCHERAT L. et LAFFONT E. — Perforation utérine au cours de manœuvres abortives. *L'Algérie médicale*, Avril 1935.
- SCHOCKERT — Perforation utérine avec arrachement du mésentère de l'intestin grêle, lors d'un curetage pour avortus. (*Bruxelles médical* 13 530-532, 13 Mars 1933).
- SELLHEIM Hugo — Un accident particulier au cours de l'avortement provoqué. (*Zentralblatt für Gynakologie*, L. III n° 3 19 Janvier 1929).
- SIMONCELLI G. — Perforation utérine e intestinale per manovre abortive. Isterectomia, enterectomia guarigione. (*Policlinico sez prat.* 38 ; 117-118 26 Janvier 1931).

SMITH — Abortion with perforation of the uterus and death from pulmonary embolism. (*Long. Island, med. J. urn. Broocklyn* 1915 IX p. 56).

SOUPAULT R. — Le traitement des perforations utérines au cours de l'avortement. (*Revue critique de pathol. et de thérap.* 2, 1019 - 1024 Déc. 1931).

STAPAK — Perforation utérine au cours de l'avortement artificiel. *Travaux de la 2ème Université de Moscou* 1928.

TISSIER — Perforation et gangrène de l'utérus consécutive à des manœuvres abortives (*Sté de Médecine légale* 6 Avril 1914).

TREMOLIERES — Un cas de rupture de l'artère utérine au cours d'un avortement hémorragie mort. (*Rev. med. Suisse, Rom. Genève* (1908) XXVIII, p. 504).

VANVERTS et PAQUET — Perforation d'un utérus infecté par un drain (*Gyn. et Obst.* 1920 vol. I ; p. 394).

WEISZ — Etude des perforations utérines dans l'avortement (*Thèse Paris* 1935).

WILDEGANS — Perforation artificielle de l'utérus (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, n° 42 Octobre 1923, p. 1338).

ZEHNTER — Perforation gangréneuse de l'utérus par suite de manœuvres abortives (*Thèse de Strasbourg* 1920-1921).

C. — Les Perforations Utérines au cours de Manœuvres Therapeutiques et en particulier du Curettage

- ALGLAVE — Perforation utérine avec lésion intestinale après curettage (*Bul. et mém. soc. nat. de chir. s. du 30 Mai 1934 n° 19 9 Juin*).
- ANDRE — Sur les perforations utérines au cours du curettage (*St. Chirurgie Paris. 9 Mai 1934*).
- AUVRAY M. — Perforation de l'utérus au cours du curettage et perforation par le curettage. (*Sté d'Obst et de gyn. Paris* séance du 1er fév. 1932. Août 1932).
- BARDON G. et MATEY-CORNAT — Cancer du corps utérin. Curettage explorateur et perforation utérine. Hystérectomie totale au 4ème jour. Guérison. (*Sté Obst. et gyn. Bordeaux* séance du 27 Fév. 1923)
- BASSET A. — Du traitement des perforations utérines au cours du curettage (*soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, séance du 7 Déc. 1931).
- BERNARDBEIG J. — Les formes cliniques des perforations utérines constatées au cours du curettage. (*St. Obst. et Gyn. Toulouse* séance du 7 Décembre 1934).
- BURGER P. — Curettage et perforations de l'utérus, (*Les sociétés savantes régionales*, séance du 30 Mai 1931).
- COTTE G. — Sur les perforations utérines survenues au cours de la dilatation aux bougies de Hégar (*Sté Obst. et Gyn. Lyon* séance du 5 Nov. 1926).
- DECOULX P. — Traitement des perforations utérines au cours du curettage (*L'écho méd. du Nord*, 6 Mai 1933 n° 18).

- DESCOUBRY J. — Les dangers de la dilatation extemporanée du col utérin par bougies métalliques (*La Gazette médicale du Languedoc méditerranéen et de l'Afrique du Nord* 15 Mars 1935).
- DOUAY M. — Perforations utérines au cours du curettage (*Sté d'obst. et de gynéc.*, séance du 11 avril 1932, et in. *La gynécologie* Juillet 1932 p. 403).
- ENDELMAN S. — Perforation utérine au 4ème mois de la gestation (*Sté Gyn. de Varsovie*, Séance du 3 Nov. 1921).
- EPARVIER — Hémorragie par rétention placentaire un mois après un accouchement à terme: perforation utérine au cours de l'exploration digitale. (*Sté d'Obstétrique et de Gyn. de Lyon*, séance du 6 Mai 1929).
- FAURE J. L. — Sur la question de conduite à tenir en cas de perforations utérines au cours du curettage. (*Bul. Mém. Sté Chirurgie* 2 Mai 1934).
- FERRARI F. — Les perforations utérines au cours du curettage. (Séance du 13 fév. 1932 *sté d'obst. et de gyn. D'Alger et l'ALGERIE médicale* déc. 1932).
- FERRARI F. — Sur la conduite à tenir dans les cas de perforation utérine au cours du curettage. (*Bul. Mém. soc. nat. chir. s.* 23 Mai 1934 n° 18).
- GAMEL et CHAUSSON — Perforation utérine et perforation vésicale. (*Sté Chirurgie de Marseille* 1er avril 1926).
- GAUDIER H. — Suites éloignées d'une perforation utérine ignorée au cours du curettage d'un utérus didelphe. (*Réunion médico chirurgicale Hôpitaux Lille* 2 Nov. 1927).
- GAUDIER H. — Sur la conduite à tenir dans les cas de perforation utérine au cours du curettage (*Bul. Mém. Soc. Nat. Chirurgie* séance du 23 Mai 1934).
- GUEULETTE R. — Large perforation utérine au cours d'un curettage, hystérectomie, guérison (*Bul et Mém. soc. anat. de Paris*, Juillet 1924, page 498).

GUEUJETTE — Les perforations utérines au cours du curettage (*Sté Obst. et gyn. Paris* séance du 4 Juillet 1932 in *la gynécologie*, Oct. 1932).

GUYOT et VILLAR Jean — Curettage ; perforation utérine ; hystérectomie guérison (*Sté. Obst. et Gyn. Bordeaux* séance du 3 Janvier 1928).

HELMAN L. — Perforation utérine avec grave lésion intestinale au cours d'un curettage pour avortement (*Bul. Mém. soc. nat. chir.* n° 12, 11 Avril 1934).

KELLER R. — Perforations accidentelles de l'utérus (*Sté Obst. et gyn. Strasbourg* 9 Juin 1923).

KLEUKA — Perforations de l'utérus et de la vessie au cours d'un curettage suture de la vessie et de l'utérus ; guérison. (*Bratislavski, lek. Listy, Bratislava*, 1924 III p. 6).

KUSS — A propos des perforations utérines avec inclusion de l'intestin grêle. *Sté Chirurgie* 28 Oct 1931.

LABRY R. et LYONNET R. — A propos d'un cas de rupture de l'isthme utérin, survenue au cours d'une dilatation aux bougies de Hégar. (*Sté Obst. et gyn. de Lyon*, séance du 2 Mars 1931).

LAFFONT A. et BONAFOS — Les perforations utérines (*Encyclopédie : médico-chirurgicale. Obstétrique* Tome II).

LASTRA — Perforation utérine par curettage. (*cronica, médico-quirurgica de la Habana*, Junio 1927 n° 6).

LE LORIER — Perforation au cours du curettage. (*Sté Obs. et Gyn. Paris* Février 1932).

LENORMANT — Perforation utérine au cours du curettage. (*Sté obs. et Gyn. Paris* Juillet 1932).

MANDELBAUM — Perforation of uterus during curettage. (*Munch. med. wochens*, 27 avr. 1928, 2. 736).

MOIROUD P. — Deux cas de perforation utérine. (*Sté. Chirurgie de Marseille*, 1er déc. 1931).

- MOLIN et DESJACQUES — La perforation de l'utérus au cours du curettage, son traitement par la colpotomie. (*Lyon Médical*, 1925 CXXXVI, p. 643).
- MOLIN et DESJACQUES — La perforation de l'utérus au cours du curettage. (*Bruxelles médical*, 1927 p. 135).
- PAUCHET — Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin la perforation utérine. (*Sté des chirurgiens* 2 Novembre 1928).
- PAUCOT H. — Fibrome et rétention placentaire infectée curettage, perforation utérine, hystérectomie. (*Sté obst. et gyn. Lille* séance du 18 Déc. 1919).
- PASCALIS G. — Curettage et perforation utérine (*Le progrès médical* 16 Mars 1935).
- PETIT-DUTAILLIS F. — Perforation de l'utérus au cours du curettage. (*Soc. d'obst. et de gyn.* séance du 7 Mars 1932 in (*La Gynécologie*, juil. 1932 p. 397).
- PICOT G. — Clôture de la discussion sur les perforations utérines au cours du curettage. (*Bul. mém. soc. nat. chir.* n° 22, 30 Juin 1934).
- PINSAN J.R. — Perforation utérine avec inclusion du grêle au cours du curettage. Entérectomie et hystérectomie. Guérison (*Soc. nat. de chir.* séance du 8 Fév. 1933 p. 241).
- QUENC — Sur les perforations utérines au cours du curettage. (*Sté chirurgie Paris* 9 Mai 1934).
- RIEDINGER — Eiss fall von perforatio uteri und prolaps der Dannes. *Zeut. f. gyn.* t. XLIV n° 52, 25 déc. 1920) (Un cas de perforation utérine avec issue de l'intestin).
- SEJOURNET — Perforation utérine au cours du curettage. (*Sté Gyn. et Obst. Paris* Mars 1932).
- SIREDEY — Perforation utérine au cours du curettage (*Sté Gyn. et Obst. Paris* Février 1932).

TANASESCO J. — Les perforations utérines en cours de curettage. (*Bul. et Mém. d. l. sté Nat. de chir.* n° 24 14-7-34).

TOURNEUX J.P. et GOUZI — Perforation utérine dans le curettage, (*Soc de méd. de chir. et de pharm. de Toulouse*, séance du 17 Nov. 1932, in *Toulouse, médical* 15 avril 1933).

TRILLIAT et DOUILLET — Perforation utérine au cours d'un curage digital dans un cas d'hémorragie secondaire tardive : hystérectomie : guérison. (*Sté d'obst. et gyn. Lyon*, séance du 6 Mai 1929).

VASENKO N. G. — Trois cas de perforation utérine au cours du curettage (en russe) (*jour. akush i zhenh boliez XXXVIII*, 1927, p. 243-245).

VIANNAY Ch. — Sur la question de la conduite à tenir en cas de perforation utérine au cours de curettage (*Bul. mém. soc. nat. chir.* N° 15 - 2 Mai 1934)

WEBER — Deux cas de perforation utérine au cours de curettage avec engagement des anses intestinales (*Sté des Chirurgiens Paris*, 21 Décembre 1934).

WORTHAM MAXWELL — Traumatic perforation of uterus with severance of rectum.

ZENO — Perforation de l'utérus par curettage avec pro-cidence de l'intestin grêle (*Bul ; y trab. soc. cir. Buenos-Aires* n° 11, 21 Juin 1933).

D. — Les Perforations Uterines. Traitement

ARAN — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus
page 472.

ARNOULD J. — Le traitement des perforations utérines
(*Marseille méd.* N° 23 15 Nov. 1930 p. 234).

BAHAMONDE — Quelques cas de perforations utérines
(*Arch. de la soc. de chir. de Hospital* n° 1 avril 1933).

BASSET A. — Du traitement des perforations utérines
au cours du curettage. (*Soc. d'obst. et Gynécologie, Paris* séance du 7 Novembre 1932).

BERGOUIGNAN L. — Large perforation utérine avec inclusion de l'intestin grêle (*Soc. Nationale de chir.* séance du 4 Oct. 1931).

BONNEAU R. — Hystérectomie pour perforation utérine
(*Soc. des chirurgiens de Paris* T. XXIV, n° 7 séance du 5 Avril 1932).

BROUQ P. — Perforation de l'utérus au cours du curettage. *Sté Obst. et gyn. Paris* 2 Mai 1932.

COLLE — Perforation traumatique de l'utérus (*Thèse de Lille* 1891).

ENDELMAN — Perforation utérine au quatrième mois de la gestation (*Soc. gyn. de Varsovie* 3 Nov. 1921)

FELS — Perforation utérine par un corps étranger sans réaction de perforation (*Munchen. Med. Woch.* n° 13, 27 Mars 1931, p. 526).

FLÉUBENT M. — A propos de quelques cas de perforation de l'utérus (*Soc. méd. de Colmar, et du Haut-Rhin*, séance du 31 Octobre 1931).

FROMMER — Sur les perforations de l'utérus (*Wien Klin. Woch.* 10 Janvier 1924 p. 37).

GOLDSCHMIDT — Deux cas de perforation de l'utérus avec lésion de l'intestin (*Deut. med. Woch.* N° 8, 22 fév. 1924, p. 238).

- GOVAERTS — Perforations utérines et leur traitement (*Journal de chirurgie et annales de la soc. XXX* au XXVIII des annales n° 9 Nov. 1931).
- GOVAERTS — Perforations utérines et leur traitement (*Le Scalpel ; Bruxelles LXXXV*, n° 2, 9 Janvier 1932).
- GUEULLETTE — Perforation utérine au cours d'un curettage (Soc. anat. de Paris 19 Juillet 1924).
- HALLER M. — A propos des perforations de l'utérus (*Soc. des chir. de Paris* n° 10, séance du 3 Juin 1932).
- HARTMANN — Traitement des perforations utérines (*Gyn. et obst.* N° 2 Fév. 1932).
- HELIENDALL — Perforation utérine et prolapsus intestinal (*Zeit. f. gyn.* n° 28, 12 Juillet 1924, P. 1535).
- HEYN — Perforation de l'utérus et son traitement (*Zeit. f. Geburtshilfe und gyn.* fev. 1924 p. 92).
- KELLER — Perforations accidentelles de l'utérus (*Bul. soc. obst.* 1923, n° 5 p. 382).
- LAFFONT et BONAFOS — Les perforations utérines. Encyclopédie Médico-chirurgicale (*Obstétrique* Tome II).
- LAFFONT A. et JAHIER H. — Perforation de l'utérus avec arrachement de l'anse sigmoïde au troisième mois de la grossesse hystérectomie, anus artificiel médian ; mort au 47° jour par hémorragie secondaire (Soc. d'obst. et de gyn. séance du 19 Juin 1930).
- LAQUIERRE — Trois cas d'hystérectomie abdominale pour perforation utérine (Bul. et mem. soc. Nation de chir. 1° Avril 1933, n° 12 T. LIX).
- LENOIR — Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale (*Thèse de Paris* 1898).
- MARX Charles — Perforations utérines des avortements et curettage thérapeutique (*Revue médicale Française* Octobre 1932).

- MATHIEU et SCHAUFFLER — Stricture and occlusion of cervix (*The Amer. J. of obst. and gyn.* Août 1928, p. 258).
- MENEGAUX G. — Au sujet des perforations utérines. *Le Progrès Médical* Juin 1935.
- MOIROUD — Deux cas de perforation utérine (*Soc. de chir. de Marseille*, séance du 23 Nov. 1931).
- MONDOR H. — Perforations utérines (*Pratique med. franc* Mai 1933, n° 9 (B)).
- MONDOR H. — *Diagnostics urgents* 2ème édition (Masson et C°)
- MONDOR H. — Sur les perforations utérines des avortements et des curettages (*Le documentaire médical* n° 1 Janvier 1935).
- MONOD et E. KIRALLY. — Perforations de l'utérus infecté (*Presse méd.*, 30 août 1930, p. 1175).
- MONOD P. — Traitement des perforations utérines. (*Arch. Hospitalières*, mai 1933).
- MOSSE. — Trois cas de perforations utérines. (*Médecine Internationale illustrée*, n° 10, oct. 1927, p. 361).
- MOULONGUET P. — Discussion à propos des perforations utérines dans le curettage. (*Sté obst. et gyn.* Paris, 2 mai 1932).
- NEIS P. — De la conduite à tenir dans les perforations utérines. (*Ext. la Clinique*, oct. 1932).
- OUTERBRIDGE. — Perforation accidentelle de l'utérus (*Am. J. of obst.*, sept. 1922, n° 3).
- PAUCOT. — Perforation utérine (*Gyn. et obst.*, 1920, vol. I, p. 395).
- PETIT. — Perforations utérines. (*Soc. de méd. des Deux-Sèvres*, in : *actualité médico-chir.*, mars 1933, n° 3).
- REBREYEND. — Les plaies perforantes de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1901).
- RICHE. — Perforations instrumentales utérines (*Thèse de Paris*, 1907).

ROUGER. — Etude clinique sur les fongosités de la muqueuse utérine et sur leur traitement par l'ablation et la cautérisation. (*Thèse de Paris*, 1858).

ROUHIER. — Large perforation utérine avec inclusion de l'intestin grêle. Laparotomie, résection du grêle; conservation de l'utérus avec résection partielle de ses parois. Grossesse ultérieure et accouchement normal. (*Soc. nationale de chir.*, séance du 4 nov. 1931).

SCHWAB. — Traitement des perforations utérines. (*Zeit. f. gyn.*, n° 36, septembre 1923, p. 1451).

SICARD. — Un cas de perforation utérine. (*Soc. méd. du département d'Oran*, séance du 17 oct. 1931).

STOECKEL. — Perforation utérine et lésions graves des annexes. (*Zeit f. gyn.*, n° 23, juin 1922, p. 960).

TANASESCO. — Contribution à l'étude des perforations utérines. (*Bull. et mém. de la Soc. Nation. de chir.*, séance du 25 nov. 1931, T. LVII, p. 331).

VANDERZYPEN. — A propos d'un cas rare de perforation utérine. (*Soc. Belge de gynécologie et d'obst.*, 4 mars 1933, in : *Gynécologie*, novembre 1933).

J. VANVERTS. — De la conduite à tenir en cas de perforation de l'utérus. (*Bull. Obst. et Gyn.*, avril 1930).

En marge de la Perforation et des Complications

A. — PERFORATIONS UTERINES

CATHALA V. — L'œdème du col de l'utérus au cours du travail de l'accouchement. (*Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, année 1934).

ECALLE G. — La révision utérine est-elle dangereuse ? (*Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, année 1934).

FINK K. (Königsburg). — Beiträz sur Genese der Metritis dissecans. *Contributions à la Pathogénie de la Métrite disséquante*. — *Monatsschr. f. Geburtsh u. Gynakol.*, oct. 1925, LXXI, p. 11 à 25).

SABOURIN J. A. — Quelques faits saillants dans le mouvement gynécologique en 1934.

VANDESCAL. — Traitement de l'infection post-abortum. (*Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, année 1926).

B. — FAUSSES PERFORATIONS

ACKERMANN H. — Un cas d'enchatonnement du placenta simulant une perforation utérine. (*Sté Gyn. et Obst Strasbourg*, séance du 6 nov. 1920).

DOLERIS. — Métrites et fausses métrites.

C. — RUPTURES SPONTANÉES

ANDERODIAS. — Rupture utérine spontanée. (*Sté Obst. et Gyn. de Bordeaux*, séance du 3 janvier 1928).

BOURSIER et MAUGE. — Rupture spontanée, en dehors de tout travail, d'un utérus gravide de 8 mois et demi. (*Bull. Obst. et Gyn.*, décembre 1934).

DOERFFER Carl. — Zur spontanruptur des Uterus (*Rupture spontanée de l'utérus*). Monatschrift für Geb. und. Gyn., vol. LXXVII, cahier 2, sept. 1927, page 84).

TRILLAT et EMERY. — Un cas de rupture de l'utérus pendant la grossesse. (*Sté Obst. et Gyn. Lyon*, 9 juillet 1920).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	13
DEFINITION	15
HISTORIQUE	17
CHAPITRE I : Les perforations utérines rares	
1° Spontanées	
a) par môle hydatiforme	23
b) par chorio-épithéliome malin	29
2° Accidentelles	
a) par chute d'eschare après radium- thérapie	36
b) par nécrose alcaline après injection d'eau savonneuse	39
CHAPITRE II. — Perforations utérines au cours des manœuvres abortives	51
CHAPITRE III. — Perforations utérines au cours de manœuvres thérapeutiques ..	77
CHAPITRE IV. — Traitement	107
CHAPITRE V. — Observations	139
CHAPITRE VI. — Etude statistique	185
CHAPITRE VII. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une perforation utéri- ne	193.
CONCLUSION	207
BIBLIOGRAPHIE	211

TABLE DES FIGURES

Figures	Pages
I — Perforation par môle hydatiforme	24
II — Perforation par chorio-épithéliome malin ..	32
III — Perforation par infarctus et gangrène	42
IV — Perforation par pessaire à ressort	47
V — Perforation utérine avec issue d'anse intestinale	60
VI — Perforation utérine, étranglement intra-utérin d'une anse intestinale	63
VII — Perforation punctiforme compliquée d'infarctus	64
VIII — Eclatement ou déchirure de l'isthme	83
IX — Perforation de l'isthme par bougie conique	85
X — Perforation par curette tranchante	87
XI — Perforation par bougie de Hégar	112
XII — Perforation par bougie conique	113

Vu :

Le Président de thèse,
LEBLANC.

Vu :

Le Doyen,
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Alger le 24 Mai 1935

Le Recteur

HARDY

